

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Curso de Mestrado em Supervisão Clínica em Enfermagem

ESTRATÉGIAS DE *COPING* NA GESTÃO DE STRESSE EM ENSINO CLÍNICO
Contributos para a supervisão de estudantes de enfermagem

Dissertação de Mestrado

Dissertação académica orientada pelo Prof. Doutor Luís Carvalho e coorientada
pela Prof.^a Márcia Cruz

Rui Pedro da Silva Almeida

Porto, 2016

Agradecimentos

Com poucas palavras, conseguimos demonstrar a importância do contributo do outro.

Ao professor Luís Carvalho e professora Márcia Cruz os meus maiores sinceros agradecimentos por toda a dedicação e apoio, colaboração e momentos de partilha durante esta longa jornada. Uma ajuda preciosa!

Aos estudantes participantes no estudo, pela disponibilidade, pelo interesse e pela partilha do estudo.

Aos meus pais pela compreensão, incentivo e estímulo em todas as etapas.

À Catarina por toda a partilha de sentimentos e incentivo diário, sem muitas mais palavras.

À Silvana pela disponibilidade de ajuda, incentivo e dedicação... Pela amizade.

A todos os meus amigos por todo o interesse e motivação demonstrados.

A todos os elementos da Escola Superior de Enfermagem do Porto pela disponibilidade de ajuda.

Nunca sendo demais agradecer... Muito obrigado a todos os que contribuíram para a realização desta dissertação!

RESUMO

O ensino clínico em enfermagem, pela sua natureza e complexidade de experiências, desencadeia novos sentimentos no estudante que potenciam a vivência de stresse. No entanto, o stresse poderá ter consequências negativas e benefícios para o estudante, na medida em que desenvolve capacidades pessoais e profissionais para aprender a lidar com essas situações.

O presente estudo pretende identificar os fatores geradores de stresse dos estudantes de enfermagem em ensino clínico e identificar as principais estratégias de *coping* adotadas na gestão do stresse. Pretende-se, também, identificar as áreas de supervisão clínica a desenvolver com o intuito de evoluir para uma proposta de um modelo de supervisão promotora de uma adaptação positiva, por parte dos estudantes, em situações de stresse.

O estudo foi realizado com 245 estudantes da Escola Superior de Enfermagem do Porto que frequentavam o 3º e 4º anos do Curso de Licenciatura em Enfermagem no ano letivo de 2014/2015, sendo que utilizamos um questionário com quatro partes. A primeira parte direccionada para os dados sociodemográficos dos estudantes e a segunda referente às características do ensino clínico considerado como o mais stressante. Na terceira parte utilizamos a Escala de Situações Indutoras de Stresse em Ensino Clínico em Enfermagem e na última parte o Questionário de Estratégias de *Coping*.

Verificou-se que os estudantes identificam os aspetos pessoais, a gestão de tempo e trabalho e a orientação em ensino clínico como principais situações indutoras de stresse. Os participantes referem assumir a responsabilidade, procurar suporte social e resolver os problemas de forma planeada como estratégias de gestão do stresse.

A supervisão de estudantes apresenta inúmeros benefícios e demonstra-se fulcral no acompanhamento dos estudantes em ensino clínico de enfermagem para desenvolver as capacidades pessoais e profissionais de uma forma mais equilibrada e mais eficaz.

Palavras-chave: stresse, estratégias de *coping*, supervisão de estudantes, ensino clínico.

ABSTRACT

COPING STRATEGIES IN STRESS MANAGEMENT IN CLINICAL EDUCATION

Contributions to nursing students supervision

Clinical teaching in nursing, by their nature and complexity of experiences, promotes new feelings for the student that enhances the experience of stress. However, stress may have adverse effects and benefits for the student, insofar as it develops personal and professional capability to learn how to deal with stressful situations. This study aims to identify the main sources of stress of nursing students in clinical teaching and realize what the main coping strategies adopted by them in stress management. Another aim is to identify areas of clinical supervision to develop in order to promote a positive adaptation in stress situations. The study was conducted with 245 students from *Escola Superior de Enfermagem do Porto* who attended the 3rd and 4th years of Nursing Degree in the academic year 2014/2015, and used a questionnaire with four parts. The first directed to the demographic characteristics of students and the second one related to the characteristics of clinical teaching regarded as the most stressful. In the third part we use the *Escala de Situações Indutoras de Stresse em Ensino Clínico em Enfermagem* (Inducing Situations of Stress in Nursing Clinical Teaching Scale) and Ways of Coping Questionnaire for the last part. As main results, students identified personal aspects, time and work management and guidance in clinical teaching as main inducing situations of stress. The participants relate take responsibility, seek social support and solve the planned manner of problems as the main behaviors in stress management. Clinical supervision of students offers numerous benefits and shows up central monitoring of students in clinical nursing education that could help to develop personal and professional skills in a more balanced way and more effectively.

Keywords: stress, coping strategies, clinical supervision of students, clinical teaching.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I - O ENSINO CLÍNICO E A SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM.....	3
1. Ensino Clínico	3
1.1. Conceito de Ensino Clínico	4
1.2. Desenvolvimento de Competências dos Estudantes	8
1.3. Orientação em Ensino Clínico	13
2. Supervisão Clínica em Enfermagem	17
CAPÍTULO II - O STRESSE NOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM	23
3. Stresse	23
4. Perceção de Stresse	30
4.1. Sinais e Sintomas de Stresse	31
4.2. Efeitos do Stresse	33
5. Gestão do Stresse	34
6. Stresse nos Estudantes de Enfermagem	38
6.1. Fatores Indutores de Stresse nos Estudantes de Enfermagem	38
6.2. Respostas ao Stresse dos Estudantes de Enfermagem	42
CAPÍTULO III - ESTRATÉGIAS DE <i>COPING</i> DOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM..	43
7. <i>Coping</i>	43
8. Estratégias de <i>Coping</i> dos Estudantes de Enfermagem	51
CAPÍTULO IV - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	57
9. Hipóteses de Investigação	57
10. Objetivos	58
11. Amostra	58
12. Questões Éticas	58
13. Instrumentos de Recolha de Dados	59

13.1. Caracterização Sociodemográfica dos Estudantes em Ensino Clínico	59
13.2. Caracterização do Ensino Clínico em Enfermagem	59
13.3. Escala de Situações Indutoras de Stresse	60
13.3.1. Estudo das propriedades psicométricas	61
13.4. Questionário de Estratégias de Coping	63
CAPÍTULO V - APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	65
14. Caracterização Sociodemográfica dos Estudantes	65
15. Caracterização do Ensino Clínico em Enfermagem	68
16. Situações Indutoras de Stresse em Ensino Clínico de Enfermagem	71
16.1. Orientação em Ensino Clínico	73
16.2. Situações Específicas de Enfermagem	74
16.3. Avaliação	75
16.4. Aspetos Pessoais	76
16.5. Gestão de Tempo e Trabalho	76
17. Estratégias de Coping	77
17.1. Autocontrolo	79
17.2. Procura de Suporte Social	79
17.3. Comportamentos de Fuga e Evitamento	80
17.4. Resolução Planeada do Problema	81
17.5. Reavaliação Positiva	82
17.6. Assumir a Responsabilidade	82
17.7. Coping Confrontativo	83
17.8. Distanciamento	84
18. Análise inferencial	84
18.1. Nível de Stresse	85
18.2. Situações Indutoras de Stresse	88
18.3. Estratégias de Coping	93
18.4. Tipos de Estratégias de Coping e as Fontes Indutoras de Stresse	100

19. Discussão de Resultados	102
CONCLUSÃO	111
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	115
ANEXOS	125
ANEXO I - Autorização do Presidente do Conselho Técnico-Científico e Coordenador do CLE para a colheita de dados	
ANEXO II - Questionário: Stresse e Coping em Ensino Clínico	
ANEXO III - Situações Indutoras de Stresse	
ANEXO IV - Estratégias de Coping	
ANEXO V - Análise das diferenças entre as situações indutoras de stresse e o sexo	
ANEXO VI - Análise das diferenças entre as situações indutoras de stresse e o ano de curso	
ANEXO VII - Análise das diferenças entre as situações indutoras de stresse e o ensino clínico considerado mais stressante	
ANEXO VIII - Análise das diferenças entre as estratégias de coping e o sexo	
ANEXO IX - Análise das diferenças entre as estratégias de coping e o ano de curso	
ANEXO X - Análise das diferenças entre as estratégias de coping e a deslocação de residência	
ANEXO XI - Análise das diferenças entre as estratégias de coping e o suporte emocional	
ANEXO XII - Análise das diferenças entre as estratégias de coping e o ensino clínico considerado mais stressante	
ANEXO XIII - Análise das diferenças entre as estratégias de coping e o nível de stresse	

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Fatores indutores de stresse dos profissionais de saúde.....	30
Tabela 2 - Tipos de apoio social	36
Tabela 3 - Propriedades psicométricas da ESISECE	61
Tabela 4 - Distribuição pelo sexo e ano de curso	65
Tabela 5 - Distribuição pela idade	66
Tabela 6 - Distribuição pela deslocação de residência.....	66
Tabela 7 - Distribuição por trabalhador estudante	66
Tabela 8 - Distribuição pelo suporte emocional	67
Tabela 9 - Distribuição pelo nível de satisfação com o curso	67
Tabela 10 - Distribuição pelo nível de stresse	69
Tabela 11 - Distribuição pela ordem de realização do ensino clínico mais stressante	70
Tabela 12 - Distribuição pelo tempo de deslocação para o ensino clínico mais stressante	71
Tabela 13 - Tipos de situações indutoras de stresse.....	72
Tabela 14 - Orientação em ensino clínico	73
Tabela 15 - Situações específicas de enfermagem	74
Tabela 16 - Avaliação	75
Tabela 17 - Aspetos pessoais.....	76
Tabela 18 - Gestão de tempo e trabalho	77
Tabela 19 - Tipos de estratégias de coping.....	78
Tabela 20 - Autocontrolo	79
Tabela 21 - Procura de suporte social.....	80
Tabela 22 - Comportamentos de fuga e evitamento	80
Tabela 23 - Resolução planeada do problema	81
Tabela 24 - Reavaliação positiva	82
Tabela 25 - Assumir a responsabilidade	83
Tabela 26 - Coping confrontativo	83
Tabela 27 - Distanciamento.....	84
Tabela 28 - Nível de stresse e o sexo	85
Tabela 29 - Nível de stresse e o ano de curso.....	86
Tabela 30 - Nível de stresse e a deslocação de residência e trabalhador estudante	86
Tabela 31 - Nível de stresse e o suporte emocional	87
Tabela 32 - Nível de stresse e a satisfação com o curso.....	87
Tabela 33 - Nível de stresse e o ensino clínico stressante.....	88
Tabela 34 - Situações indutoras de stresse e o sexo e ano de curso	89
Tabela 35 - Situações indutoras de stresse e a deslocação de residência e trabalhador estudante.....	90
Tabela 36 - Situações indutoras de stresse e o suporte emocional.....	91
Tabela 37 - Situações indutoras de stresse e o nível de satisfação com o curso....	92
Tabela 38 - Situações indutoras de stresse e o ensino clínico stressante	92
Tabela 39 - Estratégias de coping e o sexo e ano de curso	94
Tabela 40 - Estratégias de coping e a deslocação de residência e ser trabalhador estudante.....	95

Tabela 41 - Estratégias de coping e o suporte emocional.....	96
Tabela 42 - Estratégias de coping e a satisfação com o curso	97
Tabela 43 - Estratégias de coping e o ensino clínico stressante	98
Tabela 44 - Estratégias de coping e o nível de stresse	99
Tabela 45 - Estratégias de coping consoante a fonte de stresse	100

INTRODUÇÃO

A adaptação a um novo ambiente, a novos métodos de trabalho e até a novas formas de pensar, carece, na maioria das vezes, de mudanças complexas e que demoram o seu tempo a estabelecerem-se. A eficácia da adaptação e/ou o seu tempo depende de diversos fatores, como as características pessoais ou então das exigências requeridas, sendo que todas as novas sensações da pessoa dependem sempre da sua perspetiva e da capacidade de gestão do stress.

Apesar da dificuldade no estabelecimento do termo stress na perspetiva da investigação, diversos autores referem como sendo uma resposta do organismo, no qual a pessoa experiencia mudanças psicológicas pelo nível de exigência a que está exposta, sendo exemplos o medo ou a ansiedade (Bensabat, 1980; Hobfoll e Vries, 1995; Frydenberg, 2004). Numa perspetiva complexa de perceção do conceito, determinados autores mencionam o stress como sendo a interação entre a pessoa e o ambiente, isto é, referem-se à qualidade da interação e da experiência vivida, consoante as respostas fisiológicas e psicológicas da pessoa (Aldwin, 1994; Ramos, 2005). Alguns autores, por forma a simplificar o entendimento do conceito, definem o stress segundo a etiologia dos sentimentos experienciados, sendo que alguns autores definem o stress categorizando-o como sendo de origem fisiológica, psicológica e/ou sociológica (Monat e Lazarus, 1991; Ramos, 2005).

Na área de estudo de enfermagem têm surgido diversos estudos sobre a vivência de stress e *burnout* nos enfermeiros e estudantes de enfermagem, pela exigência e complexidade da própria profissão. O estabelecimento de relações interpessoais com diversas pessoas com diferentes ideologias, o risco a que os profissionais e estudantes estão sujeitos, a responsabilidade das ações são alguns dos motivos da vivência de stress.

No que se refere aos estudantes de enfermagem, o stress experienciado é proveniente do ensino clínico, pois os estudantes estão em contacto direto com a realidade e as suas ações podem e devem beneficiar o outro, sendo que acresce a responsabilidade de ação das pessoas ainda em aprendizagem (Alarcão e Rua, 2005; Rua, 2011).

Como tal, torna-se fulcral conhecer e compreender as principais fontes indutoras de stress nos estudantes e quais as ações e comportamentos adotados, a que denominamos de estratégias de *coping*, com intuito de gerir a vivência de stress (Rodrigues e Veiga, 2006).

A Supervisão Clínica em Enfermagem (SCE) é um processo que promove o desenvolvimento profissional dos enfermeiros e da Enfermagem, sendo relevante na supervisão de estudantes, de enfermeiros recém-licenciados e estudantes, constituindo-se como um elemento estratégico para a promoção da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros e, por inerência, da qualidade dos cuidados. Neste sentido, é fundamental desenvolver competências na investigação e desenvolvimento de SCE que sejam um contributo para a prática e desenvolvimento da disciplina, mas também para os processos

de ensino e aprendizagem. É fundamental adaptar e/ou adotar medidas consoante as necessidades dos estudantes (Simões e Garrido, 2007). Com isto, conseguimos desenvolver as capacidades de ensino das escolas de enfermagem e promover um desenvolvimento ajustado das capacidades dos estudantes nos momentos de stresse, dando-lhes mais e melhores ferramentas para a sua gestão emocional e prática.

A investigação realizada no âmbito desta dissertação de mestrado apresenta como principais objetivos: identificar os fatores geradores de stresse dos estudantes de enfermagem em ensino clínico do curso de licenciatura em enfermagem; identificar as estratégias de *coping* adotadas na gestão do stresse pelos estudantes de enfermagem em ensino clínico do curso de licenciatura em enfermagem; e identificar áreas a estudar no sentido de evoluir para uma proposta de um modelo de supervisão promotora de uma adaptação positiva, por parte dos estudantes, em situações de stresse.

A recolha de dados foi realizada através de um questionário que permitiu estudar as características sociodemográficas dos estudantes de enfermagem e do ensino clínico, as situações indutoras de stresse e as estratégias de *coping*. O instrumento foi apresentado aos estudantes do 3º e 4º anos do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem do Porto.

A apresentação do estudo encontra-se dividida em três partes. A primeira parte referente ao enquadramento teórico, incluindo o ensino clínico e a supervisão clínica em enfermagem, o stresse nos estudantes de enfermagem e as estratégias de *coping*. Na segunda parte, remetemos para o estudo empírico, onde apresentamos a metodologia de trabalho e a análise dos dados. Na terceira e última parte, é efetuada a discussão dos resultados obtidos neste estudo, confrontando-os com os dados de outras investigações, evidenciando as ideias e conclusões fundamentais para o conhecimento da Supervisão Clínica em Enfermagem e promover o desenvolvimento do ensino em enfermagem.

CAPÍTULO I - O ENSINO CLÍNICO E A SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM

1. Ensino Clínico

O Ministério da Educação, nos termos do Decreto-Lei n.º 353/99 de 3 de Setembro de 1999, cita que o Curso de Licenciatura em Enfermagem (CLE) “*visa assegurar a formação científica, técnica, humana e cultural para a prestação e gestão de cuidados de enfermagem gerais à pessoa ao longo do ciclo vital, à família, grupos e comunidade, nos diferentes níveis de prevenção*” (p.6199). Descreve que o CLE tem como finalidade assegurar a formação dos estudantes: para a participação na gestão das unidades de saúde e/ou dos próprios estabelecimentos; para a participação na formação dos enfermeiros e de outros profissionais de saúde dos locais de ensino clínico; bem como para o desenvolvimento de métodos de investigação científica.

O CLE tem a duração de quatro anos curriculares, sendo que cada ano letivo tem a duração mínima de 36 semanas de atividades pedagógicas, perfazendo uma carga horária total entre de 4600 e 4800 horas. A estrutura curricular apresentada inclui duas componentes: ensino teórico com duração de, pelo menos, um terço da carga horária total do curso; ensino clínico com duração de, pelo menos, metade da carga horária total do curso (Portaria n.º 799-D/99 de 18 de Setembro, artigo 4º). No mesmo é descrito que a componente de ensino teórico inclui o próprio ensino teórico, o teórico-prático, o prático e os seminários com o objetivo de “*aquisição dos conhecimentos de índole científica, deontológica e profissional que fundamentam o exercício profissional da enfermagem*” (p.2). Já o ensino clínico, que inclui os estágios de realização em contextos reais como unidades de saúde com a orientação de docentes da respetiva escola superior e colaboração dos profissionais de saúde das unidades, tem como objetivo “*assegurar a aquisição de conhecimentos, aptidões e atitudes necessários às intervenções autónomas e interdependentes do exercício profissional de enfermagem*” (p.2).

Na diferenciação entre o ensino teórico e a prática clínica, os estudantes, segundo Serra (2013), revelam existir uma disparidade significativa de condições e/ou recursos previamente referenciados no contexto da escola e o que é, efetivamente, apresentado em contexto real da prática. Os estudantes não descredibilizam a teoria, mas sim responsabilizam, inicialmente, os serviços por essas mesmas lacunas. Questões como a disponibilidade de material, os estudantes referem que existem diferenças relativas ao tipo, bem como a insuficiência do mesmo. Relatam que os procedimentos ideais, ensinados e

treinados na escola, não são possíveis de serem colocados em prática no tempo disponibilizado e, ainda, que existem menos profissionais do que os desejáveis nos serviços, sendo que alguns se encontram desatualizados da evidência.

Devido à complexidade dos contextos de saúde e respetiva prestação de cuidados, pela evolução da investigação e meios de obtenção, é compreensível a exigência atual na formação de estudantes de enfermagem. Para tal, é necessária a colaboração entre as instituições de ensino e as instituições de saúde, para que o estudante possa aplicar os conhecimentos apreendidos nos contextos específicos no âmbito do cuidar. A esse processo de aprendizagem em locais de prestação “real” de cuidados, denominamos ensino clínico.

Apesar da complexidade da definição de ensino clínico devida à amplitude de pressupostos teóricos, bem como pelas diversas perspetivas de análise (Barroso, 2009), vários autores apresentam propostas sobre o contexto prático.

1.1. Conceito de Ensino Clínico

Concetualmente, o Parlamento Europeu e do Conselho, através da Diretiva 2005/36/CE no artigo 31º de 7 de setembro de 2005, define ensino clínico como *“a vertente da formação em enfermagem através da qual o candidato a enfermeiro aprende, no seio de uma equipa e em contacto direto com um indivíduo em bom estado de saúde ou doente e/ou uma coletividade, a planear, dispensar e avaliar os cuidados de enfermagem globais requeridos, com base nos conhecimentos e competências adquiridas”* (p.32). Acrescentado, ainda, que não só promove o desenvolvimento das capacidades de trabalho em equipa do estudante de enfermagem, como também as de gestão de equipa e de cuidados de enfermagem.

Segundo Carvalho (2003), o ensino clínico é um espaço de descoberta e prática para os estudantes, atuando sobre a realidade da profissão. Centra o ensino na prática junto do cliente, considerando ser uma mistura de ações criativas e científicas, por serem atividades baseadas na interpretação e serem aplicadas intervenções fundamentadas nos conhecimentos da ciência. Acredita que apenas o ensino clínico conseguirá consolidar os conhecimentos apreendidos, permitindo *“desenvolver um saber contextualizado”* (p.25).

Carvalho (2004) define ensino clínico como *“a formação em cuidados de enfermagem, pela qual o estudante de enfermagem, integrado numa equipa, e em contacto direto com o indivíduo são ou doente e ou comunidade, aprende a planear, prestar e avaliar os cuidados globais de enfermagem exigidos como base nos conhecimentos e aptidões adquiridos”* (p.104).

Simões, Alarcão e Costa (2008) afirmam, de forma geral, que o ensino clínico é abrangido por todo o processo de ensino em instituições de saúde, independentemente do contacto, sendo este com o cliente, um grupo de clientes ou apenas com a organização institucional, pois todos os momentos são percebidos como aprendizagem por parte do estudante de enfermagem. Assim sendo, podemos compreender que, para todo o processo de ensino/aprendizagem ser eficaz, serão necessários diferentes participantes, sendo os principais o estudante, o professor orientador da instituição de ensino e o enfermeiro colaborador no processo de aprendizagem.

Rua (2011) refere que o ensino clínico se caracteriza por ser um período determinante no processo de formação do estudante, essencialmente no desenvolvimento de capacidades e habilidades, pelo adquirir de competências e atitudes próprias do contexto clínico. Permite ao estudante vivenciar experiências e expor na prática os conhecimentos adquiridos anteriormente, na formação teórica.

Numa compreensão mais prática, apresentada por Serra (2013), o ensino clínico caracteriza-se por ser um momento de confronto do estudante com diversas dimensões, diferenciando, como fonte externa, os contextos de prestação de cuidados e, como fonte interna, o confronto com o próprio, como o estabelecimento de limites e receios nas situações particularmente emocionais. Fatores externos esses que o autor discrimina pelo próprio *“ruído permanente, pessoas a chamar, telefones a tocar, equipamento móvel que faz barulho, num continuum de ação que é sensorialmente bastante estimulador”* (p.158). Os fatores internos são referenciados pelo desenvolvimento de capacidades do estudante em selecionar, de entre todos os estímulos, o pertinente e necessário para a prestação de cuidados.

De forma sucinta, o ensino clínico traduz-se numa oportunidade para o estudante demonstrar os conhecimentos adquiridos no ensino teórico, colocando-os em prática, como de vivenciar as experiências decorrentes do próprio ensino clínico e consequente desenvolvimento de outras capacidades pessoais e profissionais (Carvalho, 2003; Carvalho, 2004).

Como observamos, existe uma diversidade de definições para o contexto de aprendizagem prática, tendo em conta as suas características e objetivos preconizados pelas instituições de ensino. O ensino clínico demonstra ser um espaço baseado no estabelecimento de relações interpessoais com os diversos intervenientes, como clientes e respetivos, profissionais de saúde e professores orientadores das escolas, no qual os estudantes desenvolvem capacidades de carácter pessoal e profissional. No entanto, existem diversos fatores que condicionam os momentos de aprendizagem dos estudantes de enfermagem, consoante o contexto do ensino clínico, como, por exemplo, o local de

realização, as pessoas envolvidas, a especificidade dos serviços e/ou o tipo de acompanhamento.

Através da análise das definições de ensino clínico apresentadas pela literatura, Abreu (2007) refere que o contexto clínico deverá ser um local onde o estudante de enfermagem adquire competências pessoais e profissionais. Defende que, para além da aprendizagem de definições e conceitualizações científicas e técnicas, desenvolve características pessoais pela complexidade de situações decorrentes do ensino clínico.

Como afirma Carvalho (2004), os objetivos da formação em contexto clínico deverão ser desenvolvidos e conseguidos de forma antecipada, de forma que os estudantes de enfermagem, no momento inicial, tenham conhecimento prévio da finalidade do ensino clínico, bem como de métodos organizacionais e metas a atingir para concluírem o referente ensino clínico com sucesso.

O ensino clínico transparece uma grande complexidade decorrente, não só da amplitude do campo de ação do estudante de enfermagem, mas também do modo como os valores incutidos e atitudes influenciam o seu trabalho. Carvalho (2004) corrobora, destacando a diversidade de relações estabelecidas no meio, tanto com os profissionais dos serviços de saúde, como com os clientes e respetivos familiares.

Carvalho (2003) abrange no contexto do ensino clínico todos os momentos de aprendizagem junto do(s) cliente(s), o que demonstra ser essencial para a formação de Enfermagem, sendo que deriva dos conceitos de arte e ciência, nos quais o primeiro representa o fator interpretativo das situações e o segundo a base de fundamentação da prática.

O ensino clínico demonstra ser um complemento essencial para a formação de Enfermagem, na medida em que os conhecimentos aprendidos em contexto escolar (teoria), tornam-se apenas uma parte constituinte da prática profissional, enquanto o ensino clínico (prática) promove a aprendizagem de capacidades e habilidades técnicas.

Como podemos depreender, através da compreensão do conceito de ensino clínico, este espaço de aprendizagem contribui em diversas medidas para o crescimento pessoal e profissional do estudante, como referido anteriormente.

Carvalho (2003) refere que promove o estabelecimento de relações interpessoais entre os estudantes de enfermagem com os docentes da escola, enfermeiros orientadores, outros profissionais de saúde, clientes, familiares, e outros. As novas relações promovem a aquisição de novos conhecimentos, hábitos e ajudam o estudante de enfermagem a descobrir-se a si próprio, como também a nível profissional, o qual tem por base os valores adquiridos.

Por sua vez, o ensino clínico promove o contacto com diferentes realidades sociais, o que se torna crucial para o estudante visto que se defronta com realidades desiguais e

diferenças notórias bem como se confronta com realidades bastante diferentes da sua (Abreu, 2007; Rua, 2011; Serra, 2013).

A diversidade dos contextos da prática clínica capacita o estudante de desenvolver e reestruturar a sua atuação, enquanto futuro profissional de saúde, na medida em que, consoante a etiologia do ensino clínico e respetivos objetivos, o estudante analisa e adapta a sua dinâmica através de vários meios. Serra (2013) destaca a observação da atuação dos profissionais de saúde que o acompanham e colaboram na sua aprendizagem, bem como o tipo de abordagem por parte dos orientadores da instituição de ensino, o que, por sua vez, promove o desenvolvimento de *“imagens desejáveis de si mesmo com uma maior nitidez”* (p.161).

Compreendemos esta ideia, através do conhecimento, por parte do estudante, de dificuldades ou (falta de) intenção na personalização dos cuidados prestados aos clientes pelos profissionais de Enfermagem. Pode ser compreendido como uma vantagem, na medida em que, com a possibilidade de vivência de sentimentos de indignação pelo estudante, no seu futuro contribui para a construção da sua própria identidade profissional.

No entanto, como conseguimos compreender, existem fatores, nos quais as escolas têm influência, que poderão determinar a eficácia dos métodos de ensino, sendo um dos objetivos de seleção dos locais de ensino clínico a apropriação dos contextos das melhores condições de aprendizagem. De entre todos os fatores, Carvalho (2004) destacamos o local de realização, o número de alunos por local e a orientação providenciada, que abordaremos mais à frente.

O local de realização dos ensinamentos clínicos diverge entre o meio hospitalar e comunitário, tendo cada qual delineados os objetivos consoante a especificidade dos serviços prestados. Em contexto hospitalar, o fundamento da prestação de serviços centra-se num cuidado iminente, de cariz de tratamento de uma situação clínica emergente. Já na área de intervenção comunitária, a essência da intervenção converge na prevenção, com a alteração dos comportamentos de risco mais variados (Carvalho, 2004). É de realce merecido a relevância e integração dos cuidados primários no contexto base de formação dos cuidados de saúde de Enfermagem, apesar de, ainda, existir uma grande atribuição de importância ao contexto hospitalar e este ter maior ponderação na formação académica.

A questão relativa ao número de alunos atribuídos a cada local de ensino clínico torna-se decisivo, na medida em que, devido ao aumento do número de entradas de estudantes para o CLE, os grupos delineados para ensino clínico têm aumentado, apesar de a distribuição ser redutora. A variância dos locais de realização dos ensinamentos clínicos poderá ser uma alternativa, apesar de, com isso, aumentarem-se as distâncias dos locais de prática relativamente à escola (Carvalho, 2004).

Apesar dos fatores abrangidos até então, conseguimos compreender a complexidade de realização de um ensino clínico, independentemente do local ou da sua especificidade. Isto

porque surgem inúmeros fatores que poderão colocar em causa a efetividade da realização do ensino clínico com sucesso, como as causas pessoais, ambientais, métodos de ensino, entre outras. Assim, como Abreu (2007) afirma, o estudante em ensino clínico apresenta novas necessidades de desenvolvimento. O autor especifica, essencialmente, questões relativas ao processo de tomada de decisão - que inclui o pensamento ponderado e a ação controlada -, à gestão emocional e estabelecimento de relações interpessoais.

1.2. Desenvolvimento de Competências dos Estudantes

A diversidade de experiências decorrentes dos ensinos clínicos e a intensidade do significado atribuído às situações promovem mudanças nos estudantes, interpretadas como objetivos a nível educacional e a nível pessoal. Rua (2011) refere que os estudantes de enfermagem em ensino clínico, pela referida diversidade, apreendem conhecimentos e desenvolvem capacidades referentes, essencialmente: à dinâmica do contexto de saúde; à gestão emocional; à gestão pertinente da apreensão de estímulos; e à gestão do processo individual de aprendizagem, relativa à mobilização de conhecimentos e habilidades perante diferentes situações específicas.

Podemos afirmar que o ensino clínico promove uma

“dimensão importante de socialização à profissão, associada ao desenvolvimento de competências no que se refere nomeadamente ao trabalho em equipa, à organização individual do trabalho, à compreensão das dinâmicas do serviço, ao estabelecimento de relações interpessoais (entre pares, entre a equipa multidisciplinar e com os utentes), à comunicação, à tomada de decisão individual ou em grupo perante situações novas, à partilha de saberes e de responsabilidades em consonância com o seu papel de aluno” (Rua, 2011, p.54).

Segundo Alarcão e Rua (2005), compete ao estudante a capacidade de observar e a capacidade de interpretar, através da utilização das ferramentas que vão adquirindo ao longo do referencial teórico e com as aprendizagens decorrentes do ensino clínico. Acrescentam que, compete também ao estudante, aprender novas rotinas e técnicas na área, desenvolver as habilidades de comunicação interpessoal e construir a própria identidade profissional. Contudo, remetem a responsabilidade, de uma outra grande área do processo ao supervisor e às instituições de ensino.

Como depreendemos, as instituições de ensino de Enfermagem apresentam um papel preponderante no decorrer da formação dos estudantes, na medida em que existem determinados processos que são determinados e encaminhados pelas próprias escolas.

Carvalho (2003) afirma que as escolas de Enfermagem procuram, na sua medida, tentar proporcionar locais de ensino clínico aos estudantes que permitam a aquisição de

aprendizagem e desenvolvimento pessoal e profissional. Realça, como um dos principais objetivos, a possibilidade de existirem serviços que demonstrem motivação para o acolhimento e integração no processo de aprendizagem dos estudantes.

Posto isto, como é compreensível, as instituições de ensino têm uma influência natural no processo de formação dos estudantes de enfermagem, tendo real influência na adequação da estruturação do plano curricular do CLE à realidade cultural da atualidade (Rua, 2011). Seabra, Gonçalves e Pimenta (2013) acrescentam que, através do tipo de acompanhamento providenciado aos estudantes, é possível promover diversas experiências, como momentos de aprendizagem, e potenciar o desenvolvimento de diversas capacidades dos estudantes, a nível profissional como pessoal.

Os ensinamentos clínicos no CLE, tal como abordamos anteriormente, revelam ser uma etapa decisiva na formação de futuros profissionais de Enfermagem, na medida em que a transposição dos conhecimentos teóricos para a prática e as experiências diárias de contacto com os clientes e respetivas famílias, promovem o desenvolvimento de capacidades nos estudantes de enfermagem (Seabra, Gonçalves e Pimenta, 2013).

No entanto, o tipo de acompanhamento e orientação providenciada pelos supervisores influenciam, de forma significativa, no desenvolvimento dos estudantes de enfermagem a nível da sua aprendizagem. Seabra, Gonçalves e Pimenta (2013) referem que o orientador do serviço tem como objetivo apoiar a nível das técnicas inerentes, assim como na gestão do tempo e trabalho. Relativamente ao supervisor destacado pela instituição de ensino, colabora essencialmente na área da reflexão crítica, promovendo um pensamento mais estruturado e pertinente.

Como expectável, com o decorrer das aprendizagens em contexto clínico e respetivas experiências de contacto, o estudante vai desenvolvendo a noção de autonomia e capacidade de gestão independente. Rua (2011) afirma que, apesar de o estudante se sentir stressado por estar a ser observado e/ou avaliado, em ordem contrária, poderá começar-se a sentir com mais responsabilidade e menos apoiado na realização dos procedimentos de Enfermagem, com o decorrer do tempo.

Numa perspetiva de compreensão dos fatores influentes no desenvolvimento das competências, torna-se pertinente perceber de que forma as relações interpessoais contribuem para o crescimento intelectual do estudante. Previamente ao estabelecimento de uma relação, propriamente dita, existe sempre um primeiro contacto com o espaço clínico e com as pessoas envolvidas.

A primeira interação com o primeiro ensino clínico, ou com um novo local, é determinante, pelo contacto inicial com material novo, com espaços físicos diferentes e com a observação e/ou a realização de intervenções de Enfermagem, com influência direta na condição de saúde dos clientes (Carvalho, 1996; Rua, 2011; Serra, 2013). A familiarização com o próprio grupo profissional inicia-se no momento em que o estudante presta os

cuidados de saúde ao cliente, a par do enfermeiro colaborante, o que por si, também, promove uma maior aproximação com a classe de profissionais de saúde em geral.

Os estudantes desenvolvem diversas competências e habilidades que fundamentam as decisões tomadas, devido ao estabelecimento de prioridades no momento do cuidar. No entanto, tal como afirma Serra (2013), inicialmente em ensino clínico, os estudantes apresentam um desconforto pela observação da sua prestação de cuidados (por parte dos clientes), pela insegurança sentida e pela percepção de conhecimentos insuficientes, e um sentimento de desenquadramento enquanto estudantes.

Como Serra (2013) refere, o início da realização dos ensinamentos clínicos promove os estudantes a uma posição social mais elevada, pois passam a pertencer ao grupo profissional de enfermeiros, o que despoleta um sentimento de maior responsabilidade perante a sociedade. No entanto, o autor afirma que existem dois momentos máximos de responsabilidade: o momento de vestir a farda pela primeira vez; e a primeira instância em que são reconhecidos como enfermeiros pelos clientes. Assim sendo, a veste selecionada constitui um componente de identificação primordial, pois permite o reconhecimento perante os clientes e os outros profissionais de saúde.

O estabelecimento de relações interpessoais ocorre durante todo o CLE sendo que, no entanto, as capacidades comunicacionais são desenvolvidas na prática clínica com todos os intervenientes, o que, por si, esclarece e reforça, na mentalidade dos estudantes, o verdadeiro papel de ação da profissão de Enfermagem (Carvalho, 2003).

O estabelecimento de uma relação empática e pessoal, seja com o cliente, familiar e/ou profissional de saúde, por parte do estudante, é uma das competências principalmente desenvolvidas com o decurso dos ensinamentos clínicos. Devido à interação humana na prática de Enfermagem, Ferreira, Tavares e Duarte (2006) referem ser pertinente, para além da aprendizagem de habilidades técnicas direcionadas para a realização de procedimentos, desenvolver, junto dos estudantes, capacidades de contacto com o outro, nas quais são incluídas o toque, o olhar, a escuta, entre outras.

Esta questão surge pelas dificuldades (naturais) transmitidas pelos estudantes de enfermagem em ensino clínico. Serra (2013) refere que a dificuldade mais comum entre os estudantes centra-se no estabelecimento inicial de uma conversação com o outro, devido à exposição pessoal, à incerteza da receptividade, à iniciativa e ao “quebrar o gelo”. Uma outra dificuldade do processo de relação com o outro, prende-se ao nível da assertividade nos momentos de negociação e na mudança de comportamentos e/ou estilos de vida. Serra (2013) acredita que esses obstáculos sentidos pelos estudantes surgem pela pertinência de estabelecimento de uma relação de respeito, bem como pela aceitação (ou não), por parte do cliente, da realização de intervenções do estudante. Num estudo de Ramvi (2011), os estudantes de enfermagem demonstraram dificuldades para distinguir as suas próprias necessidades de compreensão dos sentimentos dos clientes das necessidades dos clientes em se exprimirem.

Na diversidade de relações estabelecidas no decorrer do CLE, mais especificamente em ensino clínico, a relação estabelecida com os clientes é relevante para a construção e desenvolvimento pessoal enquanto futuros profissionais. Serra (2013) afirma que, devido ao foco central de atuação no cliente, a própria relação pode-se estender e até difundir-se em demasia no espaço privado e íntimo do cliente.

Ramvi (2011) refere que a relação do estudante com o cliente deve ser estabelecida na base do reconhecimento e compreensão das emoções, sem que se afetem mutuamente. Rua (2011) acrescenta que, para além da especificidade dos cuidados necessários consoante a patologia de cada cliente, a personalidade de cada um dos mesmos torna a relação mais exigente. É requerido, ao estudante de enfermagem, um pensamento clínico exequível e que, ao mesmo tempo, se adeque às características cognitivas, atitudinais e de comunicação específicas de cada cliente.

No entanto, tal como Serra (2013) afirma, a invasão do espaço privado do cliente, não remetendo exclusivamente para o espaço físico, pode condicionar todo o processo da relação estudante-cliente. Justifica afirmando que o referido sentimento decorre, naturalmente, da aprendizagem profissional resultante do ensino escolar acerca do respeito pelo espaço do cliente, incentivando os estudantes a abordarem o cliente com intenção meramente profissional.

Contudo, os estudantes referem a comunicação como uma ponte estrutural da prestação de cuidados ao cliente, no sentido em que a qualidade da mesma pode ser demonstrada através do método de comunicação selecionado. Apesar da compreensão da necessidade de desenvolvimento das capacidades comunicacionais, Serra (2013) refere ser uma fonte de dificuldade em ensino clínico, o que, por sua vez, poderá colocar em causa a perceção de autoeficácia por parte dos estudantes, pela presença de sentimentos de impotência. É referenciada uma maior dificuldade numa fase inicial, de negociação com o cliente, pois necessitam de adotar uma postura de assertividade para que o mesmo adote posturas e/ou altere comportamentos para seu benefício próprio de saúde.

Numa dimensão direcionada para os fatores intrínsecos do estudante, facilmente compreendemos que existem características pessoais e sentimentos decorrentes do ensino clínico, que poderão facilitar ou dificultar o processo de desenvolvimento.

A insegurança e o experienciar diferentes emoções, revelam ser fortes promotores do desenvolvimento da responsabilidade profissional, por parte dos estudantes, bem como da própria autoestima. Serra (2013) refere que a execução correta e eficaz da sua intervenção poderá resultar em demonstrações de retribuição e/ou gratidão por parte dos clientes e seus familiares. Finaliza, acrescentando que a gratificação por parte dos clientes pelos cuidados prestados, demonstra existir qualidade nas intervenções praticadas pelos profissionais ou estudantes.

As concepções criadas pelos estudantes acerca das possíveis expectativas dos clientes acerca da sua própria atuação pode, maioritariamente numa fase inicial do CLE, condicionar o nível de desempenho nas intervenções praticadas pelos estudantes. A insegurança sentida demonstra ser o fator principal para o referido condicionamento, devido à confiança que os clientes transmitem aos estudantes, motivando estes últimos a não desapontar nas suas práticas (Serra, 2013).

Ribeiro (1995 cit. por Carvalhal, 2003) elenca determinadas capacidades e habilidades que tornam possível a tomada de decisão por parte do estudante de Enfermagem, sendo as seguintes: consciencializar-se acerca das crenças pessoais e a sua influência na tomada de decisão; analisar as diversas relações entre o enfermeiro e outros atores do ensino clínico, como o cliente, o médico e/ou outros profissionais de saúde; analisar de forma crítica o código de atuação na profissão de enfermagem, com o intuito de basear a prática por eles exercida.

A impotência dos estudantes perante situações de foro ético revela ser uma área de carácter emocional, a qual poderá resultar em sentimentos de frustração. Mazhindu (2003) refere que a frustração poderá resultar de uma situação de mistura de vivência de emoções, momentos nos quais o estudante, neste caso, pode agir por impulso e de forma incoerente para com os seus sentimentos. Serra (2013) exemplifica os momentos de contacto de clientes seropositivos para VIH, comunicação com clientes com patologias psiquiátricas ou, ainda, a própria comunicação com crianças, como situações explicativas de dilemas éticos que surgem na profissão.

As relações com as pessoas significativas, de como são exemplo a família, os amigos e/ou o(a) namorado(a), têm influência no crescimento e desenvolvimento pessoal dos estudantes, na medida em que estes têm necessidade de afirmação do seu novo estatuto social e de representação do mesmo. Serra (2013) corrobora, afirmando que, inicialmente, os estudantes sentem necessidade de descrever a representação da profissão de Enfermagem, e ajustar ou reajustar a imagem que os seus significativos têm sobre a sua profissão. Porém, os estudantes mantêm um trabalho contínuo de aprendizagem acerca do significado e influência da sua profissão, com o sentido de construir a sua própria imagem enquanto futuros profissionais.

Para além de a ansiedade demonstrar ser um fator a ter em consideração na qualidade da aprendizagem dos estudantes, Carvalho (1996) destaca, por sua vez, a falta de traços de personalidade e de capacidades intelectuais como também dificultadores no referente processo, o que poderá influenciar o estudante enquanto pessoa na sua realização pessoal e, por ordem lógica, na sua aprendizagem profissional. Assim, compreendemos a influência

do papel da escola, enquanto interveniente ativo, no desenvolvimento da personalidade individual de cada estudante, através da promoção de diferentes contextos sociais que, quando usufruídos da melhor forma, poderão desenvolver todos os traços pessoais anteriormente referidos. Não obstante, a família, o(a) companheiro(a) ou namorado(a) e outros entes queridos, têm um papel bastante ativo neste crescimento de personalidade.

Decorrente de uma variedade de mudanças desenvolvimentais, como é compreensível, diversos processos podem despoletar constrangimentos e/ou vivências de momentos de stresse. Rua (2011) refere que poderão decorrer sentimentos de insegurança ou incerteza, por parte dos estudantes, relativamente às atividades a realizar, bem como a sua intenção de ação. Isto porque, ao longo do tempo, o estudante vai percecionando que o seu campo de ação, pelo desenvolvimento de conhecimentos e capacidades, vai alargando, iniciando um processo crítico mais abrangente. Por outro lado, sente a constante avaliação dos seus comportamentos e atitudes por parte do supervisor, seja enfermeiro do serviço ou orientador da instituição de ensino.

1.3. Orientação em Ensino Clínico

A orientação dos estudantes em ensino clínico é sempre algo discutível, devido à diversidade de pontos de vista, por parte dos estudantes, dos docentes e organizações de educação.

Carvalho (2004) relembra o constante acompanhamento por parte dos professores no decorrer dos ensinos clínicos ao longo dos tempos, o que deverá predeterminar certos parâmetros e habilidades dos orientadores. O Ministério da Educação, segundo o autor supracitado, apresenta argumentos válidos para a atribuição, como principal papel de orientador na formação dos estudantes, aos próprios profissionais dos contextos de prática clínica. É uma conceção centrada, essencialmente, nas questões de insuficiência de professores docentes para assegurar o acompanhamento contínuo da totalidade dos estudantes. Atualmente, a falta de recursos demonstra ser uma preocupação geral das escolas de Enfermagem, como também pelo facto dos profissionais do campo clínico apresentarem conhecimentos mais adequados e próprios dos serviços.

Segundo Rua (2011), o supervisor deverá ser um elemento facilitador no processo de aprendizagem e de desenvolvimento dos estudantes de enfermagem, pelo facto de possuírem conhecimentos sobre o contexto clínico e o modo de processamento da relação. Acrescenta que o supervisor deverá dar promover, maioritariamente, os seus conhecimentos e habilidades nas primeiras experiências do estudante ou em situações com maior nível de complexidade. Destaca a importância do seu papel na promoção, junto do estudante, do

pensamento crítico-reflexivo para com as situações vividas e elaboração de um sentimento oportuno de autonomia e responsabilidade própria.

O ensino clínico apresenta, como um dos principais objetivos, o crescimento pessoal e profissional dos estudantes. Por sua vez, a entidade escolar, mais concretamente os orientadores da área, é-lhes atribuída a responsabilidade de promover, de forma planeada, as situações de aprendizagem ideais para o estudante. Contudo, torna-se primordial compreender as condições de aprendizagem do estudante previamente, na medida em que é natural, para além da posição de cuidador, o desconhecimento acerca do ambiente hospitalar e estabelecimento de relações profissionais (Carvalho, 2004).

O corpo de orientação apresenta um papel fulcral na formação do estudante, através da compreensão de que as suas capacidades, a nível do fazer, estar e ser, não são aprendidas, mas sim desenvolvidas com o decorrer do tempo (Carvalho, 2003).

Outro fator promotor de insegurança e consequente stresse é a diversidade de filosofias de orientação pedagógica durante o CLE, mais especificamente em ensino clínico, por parte dos professores orientadores e enfermeiros colaboradores no referente processo de aprendizagem.

Os estudantes referem, segundo as entrevistas de Serra (2013), que a orientação, a que estão sujeitos durante os ensinamentos clínicos, não depende exclusivamente do tipo de contexto mas, essencialmente, dos próprios docentes. Quanto a estes, especificam a personalidade devido à repercussão no tipo de pedagogia de acompanhamento praticada em contexto prático. Quanto aos enfermeiros dos serviços, destacam a diversidade das relações estabelecidas, relativamente à questão da disponibilidade ou, no outro extremo, a indisponibilidade demonstrada pelos profissionais e consequente recetividade; às expectativas dos enfermeiros acerca dos seus conhecimentos, da prática e dos objetivos do ensino clínico; e, por outra via, o tipo de acompanhamento disponibilizado no decorrer do mesmo.

A disponibilidade demonstrada e efetiva dos enfermeiros, para a orientação de estudantes em ensino clínico, é comparável com a disponibilidade que os mesmos apresentam para com os clientes do serviço. Isto numa lógica de compreensão da importância atribuída, por parte dos orientadores e/ou supervisores, ao processo de aprendizagem dos estudantes do CLE, retratada por atitudes e/ou comportamentos de desinteresse (Serra, 2013).

Depreendemos, logicamente, a ligação desta problemática, centrada na disponibilidade, com a construção da identidade profissional dos estudantes, na questão dos sentimentos de inclusão no grupo profissional. Serra (2013) afirma que, inicialmente, os estudantes atuam e pensam num sentido natural de desenvolvimento de relações e, com as

experiências vividas e relações construídas no decorrer do curso, surge a necessidade de existir um reconhecimento como pessoas e profissionais, com o intuito de desenvolver o sentimento de segurança no contexto da prática.

Carvalho (2003) afirma que o ensino clínico se caracteriza por ser um processo de formação de elevado nível de complexidade, que exige aos orientadores competências pedagógicas de formação, na área de enfermagem e a nível pessoal. Assim, torna-se necessário compreender e esclarecer os papéis de ação dos supervisores - isto é, dos docentes da escola e dos enfermeiros orientadores dos locais de ensino clínico -, para potenciar a aprendizagem dos estudantes em formação.

A orientação providenciada aos estudantes em ensino clínico deverá ter por base um pensamento reflexivo, no qual o orientador deve promover a reflexão sobre: a atuação do estudante, tendo por base as variáveis externas ao ensino clínico que poderão afetar as decisões; as suas próprias reflexões; e sobre o caminho utilizado para tomar essas mesmas decisões (Carvalho, 2003).

A relação estabelecida entre o orientador e o estudante é determinada, segundo Carvalho (2003), pela representação que cada posição têm na sociedade, dada a necessidade de se compreender quais as valorizações atribuídas nos dias de hoje. Reforça, afirmando, que as expectativas para o decorrer do ensino clínico e respetiva orientação estão dependentes da representação social e valorização do papel.

Carvalho (2003) refere que, na perspetiva dos estudantes, os enfermeiros promovem uma orientação mais centrada na realidade, devido ao contacto diário com o trabalho no campo de enfermagem, que é percebido no colmatar de necessidades dos clientes e dos serviços. No entanto, existem falhas, como o facto da qualidade de relação da teoria com a prática, a orientação na realização do processo de enfermagem, o estimular a pensar de forma reflexiva, entre outras. Aspetos esses referidos serem colmatados pelos supervisores das instituições de ensino.

Carvalho (2003) descreve o papel de orientador como um conjunto de atividades solicitadas pelo estudante que necessita de acompanhamento, com o intuito de desenvolvimento do processo de aprendizagem. O autor figura o papel como um modelo que apresenta conhecimentos técnicos da profissão de Enfermagem, capacidades de pedagogia e representa uma pessoa de referência devido aos seus valores.

A aprendizagem tem tendência facilitadora, se existir coerência nos métodos de pedagogia por parte dos orientadores. No entanto, tal como Carvalho (2003) refere, é necessário que os próprios orientadores aceitem o estudante exatamente como é,

compreendendo os sentimentos vivenciados e transmitidos. Isto porque, os estudantes sentem-se realmente reconhecidos nos momentos de compreensão, e, por outro lado, quando não existe compreensão, sentem-se avaliados e/ou julgados, fatores esses que podem ser gerador de motivação para a realização do ensino clínico.

Carvalho (2003) apresenta argumentos para a validação da qualidade de relação estabelecida entre o orientador e o estudante, pois se o primeiro conseguir compreender o ponto de vista do segundo, não melhorará apenas a relação, mas também a transmissão de valores e atitudes essenciais, tanto para a profissão, como para a vida pessoal.

Relativamente às diferenças de personagens que assumem o papel de orientador em ensino clínico, são denotadas diferenças na identificação da efetividade do seu papel. De acordo com Carvalho (2003), os estudantes identificam-se mais proximamente aos enfermeiros dos serviços onde ocorrem os ensinamentos clínicos, do que aos professores das escolas. Isto porque os estudantes referem atribuir maior conotação do ponto de vista teórico aos professores e, quando formalizam a sua própria ideia de futuro profissional, rapidamente se associam ao modelo de um enfermeiro do campo, devido ao constante acompanhamento das atividades práticas realizadas por este.

O professor da escola deve ponderar e estruturar a sua presença e conduta no momento de orientação dos estudantes, na medida em que deverá, primariamente, compreender o suporte teórico e capacidades práticas expectáveis, bem como estabelecer critérios de abordagem (Carvalho, 1996). Para que todo o processo de acompanhamento seja adequado à fase de formação, o mesmo autor afirma ser necessário partir das bases delineadas pelas escolas, pois demonstra ser fundamental na uniformização de comportamentos requeridos aos estudantes, bem como no conjunto de valores, princípios e critérios a incutir aos mesmos.

Como Abreu (2007) refere, o orientador deve assumir um papel intermediário no processo de aprendizagem, com a capacidade de promover as condições necessárias para que o estudante atinja os seus objetivos. Simões e Garrido (2007) acrescentam que o papel do supervisor se centra no apoio do estudante, apoiando os seus princípios éticos, respeitando o seu investimento pessoal na vertente profissional e a sua vontade de dialogar acerca dos cuidados que presta.

Segundo Alarcão e Tavares (1987 cit. por Abreu, 2007, p.235), o processo de orientação implica que *“o saber esteja investido na ação e que os conhecimentos resultantes da ação sejam pontos de partida para novas aquisições, quer para elaborações a mobilizar, quer para repensar já as existentes”*. Acrescentam a possibilidade presente na intenção da orientação de integração e desenvolvimento do saber ser, saber estar e saber fazer.

2. Supervisão Clínica em Enfermagem

O ensino clínico demonstra ser um ambiente de aprendizagem de alto nível de complexidade, pela diversidade de novas vivências, essencialmente, centradas nas experiências sociais. Para tal, como compreendemos até então, os estudantes necessitam de assumir responsabilidades e um novo papel perante a sociedade. No entanto, o processo de formação dos mesmos é influenciado, em parte, pelos métodos de aprendizagem aplicados pelas instituições de ensino e respetivos docentes e pela disponibilidade das instituições de saúde e respetivos profissionais.

A responsabilidade da adequação dos métodos de aprendizagem dos estudantes recai, sobretudo, nas atuações dos professores e enfermeiros, pois devem facilitar os meios de ensino e desenvolvimento, por via das competências profissionais, como de competências pessoais e sociais. As escolas, neste sentido, tornam-se no principal meio de desenvolvimento psicossocial e profissional.

Posto isto, torna-se fundamental compreender, de um modo simples, de que forma os processos de aprendizagem e respetivos programas de supervisão da mesma estão estruturados.

Yegdich (1999) considera a supervisão clínica como uma forma particular de ensino, devido à relação de suporte existente baseada na aprendizagem de habilidades. Destaca a existência de protocolos, políticas e códigos de conduta para os profissionais integrantes do processo, como algo que sustenta a fiabilidade da supervisão clínica.

Abreu (2007) acrescenta que a supervisão tem merecido real destaque na área da investigação pela importância compreendida pelos intervenientes e influência na qualidade de cuidados.

Segundo o *Department of Health* (DoH), supervisão clínica é um

termo utilizado para descrever um processo formal de apoio profissional e de aprendizagem, que permite aos profissionais o desenvolvimento de conhecimentos e competências, assumir a responsabilidade da própria prática e reforçar a proteção dos clientes e a segurança nos cuidados em situações clínicas complexas (DoH, 2000, p.1).

A supervisão clínica pode ser definida como um processo de ensino, no qual um profissional mais experiente e com mais saberes orienta e apoia o estudante na sua aprendizagem profissional e desenvolvimento pessoal, o que lhe promove um maior nível de confiança e apoio (Barber e Norman, 1983 cit. por Abreu, 2002; Alarcão e Tavares, 2003).

Abreu (2007), através da análise de conceitos e definições de diversos autores, afirma que o processo supervisivo é algo “*dinâmico, interpessoal e formal de suporte, acompanhamento e desenvolvimento de competências profissionais, através da reflexão, ajuda, orientação e monitorização*” (p.177), tendo como principal foco de atenção a qualidade dos cuidados prestados que, por sua vez, reforça a segurança dos clientes e aumenta a confiança dos enfermeiros.

O *National Health Service* (NHS, 2010) refere que a supervisão clínica promove um pensamento reflexivo, encoraja os estudantes/enfermeiros a aprenderem com as experiências clínicas e assume responsabilidades na formação. Acrescenta que promove, por sua vez, o desenvolvimento de capacidades pessoais e estratégias a nível profissional para assegurar um trabalho eficiente e seguro para os clientes.

A prestação de cuidados pelos estudantes e/ou profissionais requer, em todo o momento, qualidade e segurança para os clientes. Por esta razão, compreendendo a abertura por parte do enfermeiro ou docente (supervisores) para com os estudantes, defendemos a presença do supervisor na realização de procedimentos e atividades, para que não seja colocado em causa o bem-estar dos clientes.

Almeida (2006) afirma que a supervisão conjuga o desenvolvimento pessoal e profissional com a socialização, promovendo a discussão de ideais diferentes. Acrescenta, ainda, que o processo supervisivo promove uma aprendizagem em ambos os sentidos (enfermeiro-estudante e estudante-enfermeiro), pela responsabilidade aplicada no trabalho de cada um.

Contudo, a complexidade e imprevisibilidade dos contextos de saúde, por vezes, poderão condicionar os momentos de aprendizagem, pois, para além da teoria aprendida, a ação requer uma postura profissional e reflexiva, independentemente do prestador de cuidados (sendo estudante ou profissional).

Através da análise da revisão literária de Brunero e Stein-Parbury (2008), e de acordo com Clough (2003), podemos afirmar a distinção de três modelos de supervisão, proferidos por Proctor, diferenciados pela sua função: restaurativa, normativa ou formativa. Na primeira (restaurativa), a intenção do processo supervisivo centra-se no providenciar apoio prático e emocional para com o supervisionado, com influência nos níveis de stresse percecionados. Na função normativa, o supervisor deverá, portanto, promover o desenvolvimento profissional e respetiva responsabilidade. Por último, a função formativa centra-se no desenvolvimento específico de conhecimentos e capacidades técnicas, por forma a habilitar o supervisionado nas suas intervenções.

Posto isto, conseguimos compreender a amplitude de benefícios da aplicação de um programa de supervisão no processo de aprendizagem dos estudantes de enfermagem. Essencialmente, passa pela assistência no desenvolvimento das capacidades técnicas e relacionais, pela exploração da dinâmica profissional e respetivo ambiente, pelo

desenvolvimento de capacidades profissionais e pessoais e, por último, proteger os interesses dos clientes (Veeramah, 2002).

O acompanhamento contínuo das práticas dos estudantes em ensino clínico tem demonstrado uma extrema eficácia, pois existem riscos de desordem psicológica (pela exposição a novos estímulos do meio) e práticas menos adequadas que necessitam de serem reajustadas (Abreu, 2007).

Confirma-se, no estudo de Bégat e Severinsson (2006), que a integração dos enfermeiros no processo de supervisão clínica influencia positivamente o ambiente psicossocial e satisfação com o trabalho, o que por si só, aumenta os níveis de bem-estar. Estes últimos autores afirmam que a reflexão do próprio trabalho se reflete nas intervenções realizadas, aumentando a qualidade das mesmas e, conseqüentemente, a motivação e satisfação com o trabalho realizado.

Clough (2003) apresenta, de forma resumida, como principais benefícios da supervisão clínica: suporte disponibilizado ao aprendiz (estudante); confiança para inovar e melhorar a prática; possibilidade de foco no desenvolvimento enquanto pessoa (tanto o estudante, como o enfermeiro supervisor); aprendizagem de valores, como a responsabilidade, a partilha e novas culturas; segurança nos cuidados prestados; capacidade crítico-reflexiva; prática baseada na evidência; e permite que os cuidados sejam focados na pessoa específica.

Apesar de percebermos a importância dos processos supervisivos na formação dos estudantes em ensino clínico, logicamente, existem entraves e obstáculos na estruturação dos programas. Como referido no artigo de revisão da literatura de Silva, Pires e Vilela (2011), todos os enfermeiros, apesar de tudo, consideram a supervisão um fator determinante tanto a nível formativo como de socialização à profissão. No entanto, como resultado da análise de alguns artigos apresentados no referente estudo, os enfermeiros referem a sobrecarga de trabalho como um dos principais obstáculos na relação e formação do estudante. Contudo, os referentes autores afirmam que a dificuldade na relação supervisiva e qualidade do programa de acompanhamento se centra na falta de um modelo de supervisão formal estruturado.

No estudo de Simões, Alarcão e Costa (2008) é demonstrado que os enfermeiros identificam a (desadequada) distribuição dos estudantes e o desfasamento da teoria com a prática, como as principais dificuldades sentidas no processo supervisivo.

Na perspetiva de Clough (2003), a confidencialidade sobre o processo de acompanhamento e a falta de enfermeiros com conhecimentos suficientes e treino adequado, demonstram ser os principais entraves da supervisão clínica em enfermagem.

Identificados os intervenientes do plano supervisivo, e para que o mesmo seja realizado com sucesso, compreendemos que são necessárias determinadas características pessoais e profissionais do supervisor. No entanto, entendemos que esse papel será atribuído com

maior certeza se tivermos noções básicas das opiniões dos estudantes e dos próprios supervisores.

Segundo Sloan (1998), na perspetiva dos supervisados (estudantes), os supervisores deverão apresentar determinadas características para serem considerados adequados para o papel. Assim, afirmam que o supervisor deverá: permitir que o observem nas suas práticas; relatar e justificar os passos das suas ações; providenciar literatura adequada e relevante; encorajar o estudante a demonstrar as suas capacidades; oferecer orientação na realização dos procedimentos; e possuir os conhecimentos e habilidades específicos no seu trabalho.

Já no estudo de Ventura *et al.* (2011), foram identificadas características de um supervisor adequado, sendo que, deste estudo, apenas centramos o nosso foco nos estudantes de CLE. Os inquiridos revelam que atribuem maior importância a aspetos centrados na dimensão humana, com maior incidência em capacidades de motivação, relacionais e compreensão. Um aspeto relevante do estudo centra-se na identificação, pelos estudantes, dos supervisores que apresentam conhecimentos científicos e técnicos das suas intervenções.

No estudo de Sloan (1998), em sentido contrário, os supervisores consideram que devem ter as seguintes características: providenciar *feedback* aos estudantes pelo trabalho desenvolvido; sugerir ideias específicas acerca das intervenções; criar uma relação forte de empatia; promover autonomia; ser competente como enfermeiro.

A diversidade de métodos de ensino utilizados pelos enfermeiros e docentes depende das características e capacidades do supervisor, bem como das capacidades e métodos de aprendizagem do estudante. Assim, concluímos que existe um vasto leque de estratégias supervisivas para criar um acompanhamento adequado e de qualidade.

Num estudo realizado por Simões e Garrido (2007) com enfermeiros enquanto supervisores em ensino clínico, foi demonstrado que as estratégias com maior ênfase no processo de ensino-aprendizagem dos estudantes se baseiam no clarificar e prestar atenção, num estilo não diretivo, e dar a opinião, numa vertente de colaboração. As estratégias de supervisão baseadas na clarificação demonstram, tal como a sua própria definição, no clarificar e/ou esclarecer alguma dúvida por parte dos estudantes ou pormenores que não ficaram tão explícitos. Referem prestar atenção, essencialmente, aos sentimentos e sensações dos estudantes, bem como na realização de procedimentos por parte destes. Quando os enfermeiros utilizam a estratégia de dar a opinião sobre as ações dos estudantes em ensino clínico, com a intenção de debate e posterior avaliação dos mesmos.

Simões, Alarcão e Costa (2008) afirmam no seu estudo que as estratégias de supervisão, essencialmente utilizadas pelos enfermeiros, se centram na análise de situações, na exemplificação de práticas e no confronto da teoria com a prática. De uma forma geral, acreditam que os enfermeiros utilizam, maioritariamente, estratégias baseadas na formulação de questões reflexivas e, em sentido inverso, utilizam menos a análise de casos clínicos.

Com isto, conseguimos compreender que não existe um padrão de estratégias de supervisão a aplicar e que, por sua vez, sejam as mais adequadas para todos os estudantes em todos os contextos. Existem, assim, uma necessidade de adaptação às características pessoais dos intervenientes, como aos recursos disponíveis para o processo de supervisão.

Numa forma resumida, e pela interpretação da bibliografia acerca da temática da supervisão e respetiva influência no processo de aprendizagem dos estudantes em ensino clínico, podemos afirmar que o acompanhamento supervisivo é fundamental nesta etapa. A relação supervisiva poderá, e tem como principal objetivo, apoiar o estudante no seu desenvolvimento pessoal e profissional, dando-lhe mais ferramentas para saber gerir as emoções e sentimentos em situações indutoras de stresse.

CAPÍTULO II - O STRESSE NOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM

3. Stresse

Nos dias de hoje, como sabemos, a promoção de saúde e bem-estar está a centralizar-se nos comportamentos de procura de saúde, através das diferentes áreas de prevenção, sendo exemplos a vacinação, o aconselhamento prévio a grupos de pessoas em condições de saúde suscetíveis, ou até o acompanhamento na gravidez. Assim, o ser humano garante, com a rápida evolução de conhecimentos e capacidades na área do cuidar, para sua própria proteção, um vasto leque de cuidados nos momentos de maior necessidade. No entanto, por outro lado, encontra-se vulnerável por culpa própria, pois é vítima dos seus próprios comportamentos desadequados, como estilos de vida pouco ou nada saudáveis, como um desequilíbrio na alimentação, sono desajustado, hidratação insuficiente e dificuldade em estabelecer um padrão de exercício físico (Pais Ribeiro, 2009), e da forma como encara os problemas diariamente, despoletando níveis de stresse elevados.

Serra (2007) complementa, afirmando que, pelo desinteresse na prevenção diária com a alteração de comportamentos, bem como pela facilidade com que têm acesso a métodos resolutivos temporários, as pessoas desenvolvem stresse nas suas atividades diárias, desencadeando alterações no organismo (sistema nervoso, endócrino e imunitário) que promovem o desenvolvimento, ao longo do tempo, de patologias e incapacidades de combate a infeções. O autor destaca, ainda, as alterações a nível psicológico resultantes da vivência prolongada de stresse que, no futuro, poderão determinar e influenciar negativamente o bem-estar e a qualidade de vida das pessoas.

O stresse, atualmente, é um conceito com diversas conceptualizações no meio científico, devido à sua facilidade de transposição para a vida social comum, assim como na área de investigação. Ao longo do tempo, têm sido trabalhados e apresentados diversos conceitos de stresse que, por dificuldade na descrição da sua vivência, não surge uma única definição clara. Os autores sugerem diferenciar os tipos de stresse pela sua etiologia e pela resposta da pessoa perante os novos sentimentos e obstáculos (Lazarus e Folkman, 1984; Ramos, 2005). Concluímos, desta forma, que atualmente não existe nenhum conceito de stresse que seja universalmente aceite e apresentado pela comunidade científica de forma a uniformizar a sua utilização.

Apesar da facilidade com que conseguimos definir para nós mesmos quando sentimos estar em stresse, Aldwin (1994) realça a dificuldade na definição do conceito devido ao seu uso comum no dia-a-dia da pessoa, pois é aplicado em qualquer situação, não sendo igualmente percebido por todos do mesmo ponto de vista.

Igualmente, a definição de stresse tem vindo a ser utilizada na investigação científica em estudos com variadas temáticas, sendo que alguns autores, por esse motivo, sugerem eliminar o termo. Dewe, O'Driscoll e Cooper (2010) acreditam que a definição imprecisa do conceito de stresse está relacionada com o facto de, apesar de nos dias de hoje ter um valor histórico e empírico, têm sido utilizados diferentes métodos de investigação. Justificam, ainda, que, ao longo do tempo, tem sido acumulada informação não relevante e determinados caminhos menos próprios para o futuro da investigação nesta temática.

Hans Selye, segundo Bensabat (1980), afirma que a indefinição do conceito stresse é proveniente do facto deste não se basear na etiologia da exigência stressora (pois pode ser de origem física, psicológica e/ou emocional), nem na qualidade da vivência (positiva ou negativa). Outros autores, como Monat e Lazarus (1991), corroboram e clarificam, acrescentando ser necessário, primariamente, esclarecer e diferenciar o tipo de situações indutoras de stresse e das respostas da pessoa. No entanto, independentemente da situação indutora de stresse, o padrão de resposta pode ser idêntico (como exemplos, o exercício físico ou uma situação de medo/susto) e, no mesmo sentido, não podemos classificar as situações indutoras de stresse consoante o seu efeito na pessoa, pois depende das suas características pessoais e recursos disponíveis para lidar com os mesmos.

Contudo, a vivência de stresse, por si só, não deverá ser identificada como uma força negativa, mas sim como uma motivação para mobilizar as nossas capacidades e experimentar sensações nunca antes vividas e, com isso, atingir níveis de felicidade, valorizando as mais pequenas coisas da nossa vida (Lazarus, 2006).

A) Stresse segundo a resposta do organismo

Nos anos 80, Selye baseava o conceito de stresse no conjunto de respostas hormonais desencadeadas pelo organismo perante qualquer situação indutora de stresse (Bensabat, 1980). No decorrer dos anos, foi uma definição que se foi mantendo, especificamente por Hobfoll e Vries (1995), que definiam stresse como um estado emocional caracterizado por experiências negativas, exemplificando com o medo, ansiedade, raiva e hostilidade, ou outras sensações que impliquem a vivência de sofrimento, acompanhado por alterações psicológicas e bioquímicas que excedem o natural estado de excitação, destacando a importância da compreensão das alterações neuroendócrinas como processo base das emoções.

Frydenberg (2004) afirma que o stresse é definido por diversas teorias, sendo que destaca os conceitos baseados nas experiências pessoais e na fisiologia, referindo que se baseia na excitação ocorrida no momento em que o organismo se encontra em risco e desencadeia uma resposta ao stresse, sendo ou não adaptativa. O referido autor acrescenta que, por exemplo, os conflitos, pela sua energia transparecida, promovem a discussão e a

estimulação do pensamento e, por isso, podem ter contributos positivos, quando a pessoa tem capacidades para lidar com a situação, e negativos quando a pessoa não apresenta recursos suficientes para tal, podendo produzir resultados prejudiciais ao organismo.

De forma específica, Bensabat (1980) refere que o stresse se baseia na reação hormonal desencadeada pelo organismo perante as situações indutoras de stresse, não tendo em conta a sua especificidade e etiologia, pois afirma que a resposta se estrutura no mesmo sentido, sendo proporcional à exigência, isto é, intensidade e duração da situação indutora de stresse. Acrescenta que as emoções positivas assim como as negativas, são potenciadoras de stresse, pois em ambos existem exigências idênticas a nível hormonal com o intuito de assegurar uma adaptação eficaz.

B) Stresse segundo a efetividade das estratégias

Hobfoll e Vries (1995) destacam a efetividade das estratégias adotadas na gestão do stresse como ponto diferencial na distinção do stresse, considerando a diferença resultante dos recursos inicialmente aplicados pela pessoa e dos ganhos posteriores à vivência da situação stressante.

Podemos considerar a vivência do stresse em duas fases, segundo a perspetiva de Frydenberg (1999): a primeira, no momento de confronto com uma situação potenciadora de stresse, sendo identificada como ameaça, perda, dano ou desafio; e segunda, quando a pessoa determina se apresenta os recursos necessários para lidar e contornar a situação stressante de forma positiva.

Seguindo o raciocínio de diferenciação do stresse consoante as estratégias utilizadas, podemos conferir que diversos autores distinguem o stresse consoante o resultado consequente da ação da pessoa numa situação stressante. Isto é, nas situações em que a pessoa é capaz de desempenhar qualquer estratégia de forma eficaz para ultrapassar a situação indutora de stresse, classifica-se como bom stresse ou *eustress*; nos momentos em que demonstra não possuir as estratégias adequadas e/ou suficientes, é sugerida a denominação de mau stresse ou *distress* (Bensabat, 1980; Selye, 1991, cit. por Frydenberg, 2004).

C) Stresse segundo a interação entre a pessoa e o ambiente

Na perspetiva de concetualizar na base da relação entre a pessoa e os fatores externos, Ramos (2005) define o stresse tendo por base a qualidade da experiência da referente interação, isto é, no confronto das exigências do ambiente com as capacidades da pessoa dar uma resposta, promovendo uma reação de origem fisiológica e psicológica. A mesma ocorre consoante a forma de pensar, os recursos disponíveis e o confronto em si com as

contrariedades. Aldwin (1994) acrescenta que sendo o estímulo muito ou pouco excitatório, pode desencadear sofrimento psíquico ou fisiológico.

D) Stresse segundo três condicionantes: resposta do organismo, etiologia do evento externo e interação pessoa-ambiente

Numa tentativa de compreensão mais ampla, alguns autores propõem a unificação de conceitos específicos para a determinação do conceito de stresse. Através da categorização de Mason (1975, in Aldwin, 1994) são identificadas três formas de compreensão do termo stresse, baseado: na resposta do organismo (referido como tensão); num evento externo (ou stressor); ou uma experiência que advém de uma interação entre a pessoa e o ambiente.

A tensão proveniente do organismo pode ser explicada através de reações fisiológicas (ativação do sistema nervoso simpático, supressão do sistema nervoso parassimpático, imunossupressão, entre outras) decorrentes de reações emocionais, como exemplos, afeição negativa ou positiva, apatia emocional, entre outras. Os eventos externos ou stressores dependem da sua etiologia (trauma, eventos de vida, aborrecimentos diários, entre outros) e da dimensão temporal. A interação entre a pessoa e o ambiente pode ser uma potencial fonte de stresse, na medida em que é avaliada e percebida como stresse (dano, ameaça, desafio, entre outras) tendo em consideração a sua intensidade de vivência (Mason, 1975, cit. por Aldwin, 1994; Serra, 2007).

E) Stresse segundo três perspetivas: stresse fisiológico, stresse psicológico e stresse sociológico

No entanto, existem autores que classificam o stresse noutros três tipos distintos: stresse fisiológico - centrado nas reações desencadeadas no organismo, como o sofrimento sentido pela pessoa; stresse psicológico - centrado nas capacidades cognitivas da pessoa para avaliação do risco; e stresse sociológico - centrado nas relações interpessoais e fatores consequentes na rede de apoio (Monat e Lazarus, 1991; Ramos, 2005). Ramos (2005) remata, afirmando que, apesar de discriminadas, é necessário integrar e relacionar as três vertentes para que se consiga compreender a complexidade do conceito de stresse.

O contexto social, económico e político de cada país, cidade ou até concelho, demonstram ser potenciadores de stresse para as pessoas, devido aos seus fatores influenciadores e condicionantes no decorrer do dia-a-dia. Obviamente, pela diversidade de áreas laborais e de interesses pessoais, as fontes de stresse diferenciam-se pela particularidade das atividades e respetivos confrontos diários. No entanto, Dewe, O'Driscoll

e Cooper (2010) relativizam a diferenciação pois, em todos os campos de intervenção, as situações indutoras de stresse, no dias de hoje, são decorrentes da sobrecarga, conflitos e ambiguidade, tanto social como profissional.

Contudo, as vivências diárias e as relações interpessoais promovem, de forma constante, situações que colocam em causa a nossa estabilidade. Pequenos obstáculos inerentes ao dia-a-dia, como o trânsito ou as desavenças familiares ou com amigos, assim como alterações determinantes no decorrer da nossa vida, como a morte de um ente querido ou a situação de despedimento do trabalho, por si promovem stresse, sendo denominadas causa de stresse, fatores/situações indutoras de stresse, fontes de stresse ou stressores (Ramos, 2005).

Para compreendermos e podermos ter acesso a uma definição mais precisa acerca dos fatores indutores de stresse, Selye (in Bensabat, 1980) afirma que, dada a relatividade do conceito de stresse, estes se determinam pela perceção de impacto do stresse pela pessoa e pelas modificações inerentes ao estado de stresse.

Relativamente à etiologia do stresse, Hobfoll e Vries (1995) restringiam a sua origem às situações de vida naturais imprevisíveis e incontrolláveis, aborrecimentos diários, alterações do decurso de vida significativas, situações de estímulos de níveis extremamente baixos ou altos e/ou de valores intrínsecos e padrões de comportamentos adaptados ao longo da vida. No entanto, parece existir uniformidade, atualmente, pois diversos autores abrangem um maior número de condições, agrupando-as em três grupos de origem: física, psicológica e/ou social (Selye, in Bensabat, 1980; Frydenberg, 2004; Serra, 2007). Os fatores indutores de stresse de origem física são referenciados como provenientes do meio ambiente; os de ordem psicológica são exemplificados através de sentimentos de amor, ódio, alegria, raiva, desconfiança, medo, entre outros; e os de origem social são representados pelas relações interpessoais, situações diárias, discussões com familiares, amigos e/ou colegas de trabalho.

Lazarus e Folkman (1984) categorizam as situações indutoras de stresse, consoante a sua influência e interpretação por parte da pessoa: a ameaça, referente à forte possibilidade de desenvolvimento futuro de uma situação promotora de stresse; o dano, baseado em consequências anteriores de situações de stresse passadas; e o desafio, no qual a pessoa interpreta as exigências a que é sujeito como algo alcançável.

Já Serra (2007) diferencia os aspetos qualitativos e quantitativos das situações fonte de stresse, isto porque a etiologia dos mesmos pode ter significados diferentes na perceção das situações vividas. Os aspetos qualitativos referem-se à situação em questão, à qual o indivíduo pode ser e/ou estar mais sensível. Os aspetos quantitativos baseiam-se na repetição contínua de determinadas situações e pela sua própria dimensão.

Diversos autores categorizam e diferenciam os fatores indutores de stresse consoante a sua etiologia, como acontecimentos de vida, stressores crónicos, acontecimentos traumáticos, macrostressores, stressores quotidianos/ microstressores, acontecimentos

desejados que tardam a realizarem-se e traumas ocorridos em fase de desenvolvimento (Lazarus e Folkman, 1984; Ramos, 2005; Serra, 2007).

Relativamente aos acontecimentos de vida, os autores citados referem-se aos eventos normais da vida centrados na respetiva faixa etária, exemplificando com a entrada na universidade, o primeiro namoro, o primeiro emprego e até a reforma, demonstrando serem ocorrências planeadas e expectáveis mas que promovem sempre alterações no curso e adaptação para essa nova situação. Quanto às situações de indução crónica de stresse, estas demonstram ser problemas perturbadores com um impacto negativo durante um período contínuo, tal como a denominação sugere, tendo como exemplos as relações familiares complicadas e/ou com colegas de trabalho menos agradáveis, diferenciando-se dos acontecimentos de vida por não sugerirem mudanças. Os acontecimentos traumáticos tomam proporções maiores, na medida em que decorrem de situações não controladas pelo ser humano como, por exemplo, qualquer catástrofe natural, que podem causar um impacto determinante nas capacidades de adaptação e/ou de aprendizagem. Os autores destacam os macrostressores pelo efeito negativo produzido na sociedade e inconsequente ação individual, pois o facto de existirem, como exemplos, recessões económicas, taxas de divórcio elevadas, criminalidade e/ou pobreza, as pessoas não apresentam poder ativo emergente nessas mesmas questões. No entanto, quando as pessoas se sentem emocionalmente identificadas com a influência de determinadas questões, apresentadas essencialmente na comunicação social, os macrostressores promovem sofrimento e, até, ativação neurovegetativa que por si só não ajudam, nem resolvem qualquer dificuldade sentida. Os fatores stressores provenientes da vida quotidiana ou microstressores, apesar de, individualmente, produzirem menos stresse, a longo prazo tornam-se grandes perturbações cumulativas para o bem-estar das pessoas, dificultando a adaptação diária a novos contextos e personalidades. Isto porque, como podemos depreender, são pequenos fatores, como o atraso para uma reunião importante, o desentendimento com o cônjuge e/ou fazer compras e cozinhar refeições, que promovem níveis consideráveis de stresse. Os acontecimentos planeados quando não acontecidos nos momentos desejados representam, também, uma fonte constante de stresse nos indivíduos intervenientes como, por exemplo, a dificuldade em engravidar. Por fim, os traumas ocorridos em qualquer fase de desenvolvimento, tanto físico como psicológico, demonstram ter grande influência nas capacidades futuras do ser humano, consequentes de níveis de stresse vivenciados.

Nos últimos anos, o stresse proveniente do local de trabalho tem sido objeto de estudo para compreender o ambiente laboral com perspetiva de melhorar as condições dos trabalhadores. Com isso, a carga de trabalho, a rapidez de trabalho, a exposição a condições perigosas e/ou ambientes tóxicos, os espaços mal concebidos, a discordância pessoal com os supervisores, colegas e/ou clientes, a discriminação de sexo e etnia e frustrações centradas na organização do local de trabalho, demonstram ser alguns dos fatores a ter em

consideração como potenciais fatores laborais indutores de stresse (Aldwin, 1994; Cartwright e Cooper, *in* Zeidner e Endler, 1996).

Martins (2004) realça a importância dos fatores inerentes do contexto de trabalho na área de saúde e respetiva influência na vivência de momentos de stresse por parte dos respetivos profissionais, visto a necessidade de desempenharem práticas baseadas nas emoções, transporem determinadas características da personalidade para o contexto laboral e concentrarem o seu foco de atenção no cliente. A interpretação do stresse vivenciado depende tanto da exigência da própria função, como dos recursos disponíveis para exercer pois, tal como o autor supracitado afirma, qualquer profissão desempenhada tem as suas próprias pressões e ansiedades inerentes ao trabalho prático e contexto de realização.

Os profissionais de saúde evidenciam maior probabilidade de sentimentos de stresse e exaustão devido às experiências vivenciadas inerentes à profissão, bem como pelo facto destes profissionais serem mais sensíveis às necessidades dos clientes. Martins (2004) acrescenta, ainda, o facto de a sociedade exigir aos profissionais de saúde a plenitude das suas capacidades para assegurar todas as necessidades dos clientes - tendo por base um plano estruturado, execução eficaz e avaliação sistemática das próprias intervenções -, como um acréscimo de stresse na vida destes profissionais.

As relações interpessoais, preferencialmente terapêuticas, no seu desenvolvimento, atingem níveis de empatia e de alta carga emocional que, na ocorrência de momentos negativos, poderão causar verdadeiras situações de stresse (Martins, 2004). Autores como Velez (2003) e Serra (2007) acreditam que a natureza das relações justifica os níveis de stresse experienciados devido à complexidade das relações estabelecidas, isto pois os profissionais de saúde estabelecem uma relação de ajuda e de total dedicação ao cliente. Destacam a necessidade de maior dedicação e dispêndio de tempo para que os profissionais possam realmente influenciar a vida dos clientes de forma positiva através da sua atuação.

A atividade profissional na área de saúde apresenta diversas fontes de stresse, sendo que pode emergir de fatores físicos, químicos, sociais e/ou psicológicos, com maior proveniência do contato diário com situações como a presença de doenças, dor, sofrimento e até com a morte. Apesar do conhecimento prévio da provável ocorrência e mesmo vivência pessoal de momentos stressantes, na maioria das vezes, os profissionais de saúde ignoram as suas consequências (Velez, 2003). Este último autor enumera diversos fatores potenciadores de stresse decorrentes de atividades profissionais de saúde, como enfermagem, sendo que destacamos, devido ao contexto, os descritos na tabela 1.

Tabela 1 - Fatores indutores de stresse dos profissionais de saúde

Fatores indutores de stresse dos profissionais de saúde		
Sobrecarga quantitativa de trabalho	Responsabilidade por pessoas	Duração do trabalho
Relações e suporte social no local de trabalho	Falta de autonomia e controlo no trabalho	Quadro familiar
Presença de riscos físicos, biológicos e químicos	Conflito casa-trabalho	Lidar com o sofrimento
Quadro social	Insuficiência de recursos no trabalho	Quadro pessoal

Adaptado de Velez, 2003, p. 12.

4. Percepção de Stresse

A rotina diária é composta por situações idênticas aos dias anteriores, como o trabalho e/ou as tarefas domésticas, a deslocação até ao emprego ou, até, ir às compras, as quais as pessoas conseguem ultrapassar pela repetida incidência e pela amplitude desse mesmo obstáculo, pois ou já aconteceu previamente ou era expectável que acontecesse. Pontualmente, surgem novas questões com as quais as pessoas não estão habituadas a lidar e não têm conhecimentos e/ou capacidades para ultrapassar, o que promove um novo ambiente de atuação. Como Serra (2007) refere, nos momentos em que a pessoa não sabe o que deve fazer, por não ter conhecimentos para colocar em prática estratégias adequadas para essas novas situações, essa mesma pessoa inicia o processo de desenvolvimento de stresse.

Monat e Lazarus (1991) referem que a vivência de stresse depende de seis primorosas condições: número de stressores; necessidade de procura de stresse; percepção de stresse; estilo de estratégias de *coping* utilizado; circunstâncias de vivência de stresse; e, por último, os “métodos acessórios”, como exemplo, o suporte emocional. No entanto, a percepção e evidência da presença de stresse são diferentes entre as pessoas, pelas características de personalidade, pelo tipo de relações interpessoais e pelos recursos disponíveis, devido ao facto destes determinarem a sua dimensão de experiência e influenciarem o tipo de estratégias para lidar com os momentos de stresse (Ramos, 2005).

Uma pessoa, segundo Serra (2007), afirma encontrar-se em situação de stresse quando percebe que nesse momento não tem capacidades nem recursos para ultrapassar determinada situação, desenvolvendo uma percepção de não ter controlo sobre essa situação - sendo essa percepção real ou irreal acerca das próprias capacidades. O autor acrescenta que as exigências para ultrapassar essa situação poderão ser de origem externa, como a filosofia da instituição de trabalho ou estudo, ou interna, quando nos referimos a baixa autoestima, como exemplo.

4.1. Sinais e Sintomas de Stresse

De forma geral, conseguimos compreender que uma pessoa se encontra em stresse no momento em que a sua percepção de stresse demonstra ser superior e mais resistente do que o seu nível máximo de adaptação, começando a demonstrar sinais de fadiga e/ou cansaço.

Como é de conhecimento geral, as pessoas identificam determinadas situações de perspectivas diferentes entre si e reagem de diferentes formas perante os mesmos obstáculos. Bensabat (1980) refere que os sinais de stresse presente, como a fadiga, por exemplo (por ser dos primeiros sinais a surgir na pessoa exposta ao stresse), surgem ao longo do tempo consoante a situação potenciadora de stresse, o tempo de exposição e as capacidades de resistência da pessoa. No decorrer do tempo, são descritos outros sinais como a impaciência, irritabilidade, nervosismo, ansiedade, angústia, tristeza, desencorajamento, cada qual com o seu desenvolvimento em alturas diversas. Fisicamente, são descritas diversas sensações como sintomas de stresse percebidos pela própria, como as cefaleias, aumento da frequência cardíaca, dores precordiais ou estomacais, constipações, alterações do padrão intestinal, entre outras. O referente autor ressalva que a presença pontual de um destes sinais ou sintomas não determina a vivência de stresse, mas na eventualidade da persistência de diversos sinais e sintomas ao longo do tempo, requer maior atenção e acompanhamento.

Serra (2007) realça a importância e influência da cultura, da personalidade do indivíduo, da permanência da situação, da percepção de controlo e da resposta do organismo nas estratégias utilizadas e respetiva eficácia. Sendo assim, o mesmo autor agrupa as alterações consoante o seu tipo, diferenciando 4 categorias: organismo - cefaleias constantes; aumento da tensão arterial; perturbações no padrão do sono; comportamento - isolamento social, insatisfação laboral e aumento de hábitos tabágicos e/ou alcoólicos; cognitivas - dificuldade na concentração, pensamentos repetidos e dificuldade na tomada de decisão; e emocionais - sentimento fácil de raiva e perda de confiança própria.

Como apresentado por Ramos (2002), Fernández-Balesteres (1996) refere que a resposta da pessoa perante uma situação indutora de stresse se baseia em 3 aspetos diferenciais:

fisiológicos, cognitivos e motores. Por explicação fisiológica, conseguimos compreender que a nível corporal, o organismo desencadeia diversas reações (como exemplos mais recorrentes, aumento do ritmo cardíaco e/ou tensão arterial e, como visualmente mais perceptíveis, sudorese e/ou dificuldade na respiração), as quais transmitem ao outro que essa pessoa se encontra em stresse. Benavente e Costa (2011), numa revisão da literatura, puderam constatar que os estudantes de enfermagem que experienciam stresse evidenciam sinais fisiológicos como dores na região lombar, alteração dos níveis de imunoglobulinas, aumento da secreção de cortisol, e consequentes doenças, e imunidade e resistência diminuídas. As questões baseadas nos aspetos cognitivos centram-se na perceção acerca do meio envolvente, no qual a pessoa interpreta e seleciona a informação pertinente do meio, considerando a sua relevância, primariamente no nível percecionado de stresse e, posteriormente, no tipo de resposta. Relativamente às respostas decorrentes dos aspetos motores, estas poderão ser de carácter confrontativo, evitamento ou então de indiferença, atitudes decorrentes da aprendizagem de capacidades na gestão das situações indutoras de stresse.

Utilizando a descrição proposta por Ramos (2002), conseguimos destacar e individualizar as diferentes alterações resultantes da vivência de momentos de stresse pela pessoa.

O corpo humano, em constante adaptação ao meio, perante situações novas de stresse ou situações contínuas de stresse, reage de modo a encontrar um estado de equilíbrio, promovendo o bem-estar. No entanto, o organismo, em confronto com um fator indutor de stresse, gera respostas baseadas no sistema nervoso central e vegetativo, sistema endócrino, metabolismo generalizado e sistema imunitário, tal como refere Serra (2007). Acrescenta que o processo se inicia no sistema nervoso central, desencadeando uma série de reações alteradas em funções normais do corpo humano, sendo como exemplo major uma maior exposição a agentes patogénicos por incapacidade total do sistema imunitário nos comportamentos de defesa, quando exposto a situações prolongadas de stresse.

Consoante o estudo de Tomaschewski-Barlem *et al.* (2013) com os estudantes universitários, podemos afirmar que, para além dos efeitos resultantes do desgaste físico (como exemplos, desgaste, cansaço físico e mental, desânimo, stresse, irritabilidade, cefaleias, entre outros), esses mesmos apresentam repercussões a nível emocional, sendo resultantes das situações diárias no curso de enfermagem. Os estudantes inquiridos revelaram sentir, a certa altura, estarem num processo constante de avaliação dos supervisores, resultando em momentos de nervosismo, stresse, irritabilidade e, até, alterações no padrão de sono.

A nível cognitivo são enumeradas diversas alterações que poderão promover sentimentos de desmotivação e descrença do estudante, neste caso, em si próprio, nas suas

capacidades e dos próprios conhecimentos; o que, a longo prazo, pode desencadear motivações como o desejo de desistir do curso (Tomaschewski-Barlem *et al.* (2013).

Serra (2007) afirma existirem alterações significativas, essencialmente, a nível: da percepção, na medida em que deixa de apreender informação de maneira adequada e, conseqüentemente, apresenta dificuldades evidentes na tomada de decisões; do pensamento, devido ao facto de se sucederem períodos de constante preocupação com as conseqüências decorrentes e incapacidade de se distanciar da situação de stresse em questão; e da atenção e memória, sendo que estas capacidades apresentam níveis mais reduzidos de eficácia. Acrescenta, ainda, que todas estas condições, especialmente o processo de constante pensamento na situação, promovem quadros posteriores de depressão e períodos de maior frequência de acidentes vários.

Relativamente às alterações provenientes das mudanças motoras, Folkow (2006, cit. por Serra, 2007) determina quatro vertentes de comportamentos observáveis decorrentes do confronto da pessoa com situações potenciadoras de stresse, sendo as seguintes:

a) Reação de Vigilância: primeiro instante de confronto súbito com um estímulo externo, no qual a pessoa interrompe a sua atividade e assume uma posição de tensão e com o seu foco de atenção nesse estímulo. A resposta assumida depende da situação nova, pois quando a situação é inofensiva, a reação desaparece de forma gradual; e quando a situação é real, bem como o seu perigo existente, o tipo de reação evolui para um outro tipo de reação (qualquer uma das seguintes);

b) Reação Inibitória: caracteriza-se pela carga emocional envolvente num sentimento inesperado de medo ou embaraço ou, pelo contrário, por situações de alegria extrema; a resposta corporal manifesta-se, tal como a própria designação sugere, pela inibição total do tónus muscular, motilidade gastrointestinal e movimentos respiratórios, podendo resultar numa breve situação de lipotimia ou até síncope;

c) Reação de Defesa: após confronto com uma situação de perigo real, o organismo humano desencadeia uma série de reações, com destaque para o aumento da tensão arterial, de forma geral, mesmo em situações de menor impacto;

d) Reação de Derrota: momentos determinantes de incapacidade de gestão para com a situação indutora de stresse, sendo descritos como momentos de desespero e exaustão.

4.2. Efeitos do Stresse

Como tal, a exposição a um determinado fator constantemente presente, como a vivência de situações diferentemente stressantes, mesmo que pontuais, têm as suas repercussões. No entanto, a avaliação da incidência de stresse apenas é possível de forma indireta, através de questões como o mal-estar, alterações de comportamento e/ou

pensamentos, consumo de tranquilizantes, tabaco ou bebidas alcoólicas abusivamente (Serra, 2007).

Hobfoll e Vries (1995) referem que a vivência de stresse poderá desencadear diversos problemas na pessoa, a nível psicológico e físico, independentemente da duração do contacto com situações stressantes (únicas ou contínuas).

Os fatores stressores crónicos são definidos, não pela intensidade excessiva, mas sim pela experiência permanente e frequente, sendo realçados por Monat e Lazarus (1991) através da exemplificação dos problemas diários com o trabalho, família ou até com os horários dos transportes públicos. Estes autores afirmam que, apesar de produzirem baixos níveis de stresse na pessoa, com o decorrer do tempo, se o stressor persistir ou se a pessoa não possuir conhecimentos e/ou habilidades de contornar o problema, poderão desencadear consequências graves.

Assim, conseguimos compreender que a vivência de stresse, único ou contínuo, pode produzir resultados devastadores na pessoa, como o desenvolvimento de desordens psicológicas, como níveis elevados de ansiedade ou depressão, ou de ordem física, como o desenvolvimento de patologias psicossomáticas. O stresse pode ser considerado, posto isto, como um dos fatores de risco principais de distúrbios de comportamento e incapacidades de adaptação a novas situações.

5. Gestão do Stresse

A determinação do conceito de suporte emocional e da sua influência na gestão do stresse depende de diversos fatores como a quantidade de apoios, a coesão das relações interpessoais estabelecidas, a frequência de contacto com os respetivos e o modo como o contacto é estabelecido, percebendo a utilidade de ajuda e capacidade de resposta nos momentos necessários (Bergman *et al.*, 1990 e Hobfoll e Vaux, 1993, citados por Serra, 2007;). Apesar do suporte social não ser descrito, atualmente, como um dos recursos fundamentais e imprescindíveis, pode ser identificado como um apoio cada vez mais presente e mais utilizado na avaliação e gestão do stresse.

Ao longo do tempo, têm sido realizados diversos estudos acerca da efetividade do suporte emocional como recurso de estratégia de *coping*. Frydenberg (2004) refere que o apoio social pode ser visto como um apoio no confronto com um problema, sob a forma de apoio concreto ou emocional, quando é procurada ajuda de profissionais, amigos, família ou outros, e pertencer a um grupo social idêntico. No entanto, depende do meio de inserção da pessoa, bem como das características pessoais e interação social.

Os familiares, os amigos e/ou os colegas de trabalho demonstram ser os principais recursos da rede social, sendo que são determinados pelas relações interpessoais disponíveis para prestar apoio em momentos necessários. Como Serra (2007) refere, vários estudos

apontam para vivências de menor stresse quando a pessoa apresenta uma rede social estruturada e consolidada.

É de destacar o papel familiar nestas situações devido a um apoio, geralmente, mais próximo e imediato. Porém, a relação com os familiares é algo construído de raiz que, ao longo do tempo, podem despoletar relações controversas devido a uma convivência alargada no tempo, promotoras de conflitos, não sendo, por vezes, o apoio ideal. Relativamente aos amigos, colegas de trabalho e até conhecidos, são fontes de apoio relativas, sendo que por vezes se cingem ao grupo profissional e, noutros casos, se alargam a diversas e diferentes pessoas. Posto isto, podemos afirmar que o número de apoios sociais pode influenciar positivamente, pela capacidade de oferta de um maior número de pessoas a quem recorrer quando necessário, como negativamente, pois quando a rede é demasiado vasta e as relações construídas não são sólidas, tornam o apoio insuficiente ou inadequado por desconhecimento das características pessoais.

Segundo Serra (2007), a decisão de escolha do apoio, é dependente do tipo de situação indutora de stresse, visto que existem problemas ocorridos que, por determinadas razões, a pessoa não quer ou não é pertinente que o familiar saiba (estamos a falar de questões profissionais, por exemplo), ou, pela intimidade dessas mesmas questões, confessar ou informar um(a) amigo(a) de determinado problema, poderá colocar em causa esse relacionamento (Serra, 2007).

Num estudo de Paschoal e Tamayo (2005) foram apresentados diversos dados pertinentes nesta temática, sendo que comprovaram que a interação da família no trabalho apresenta influência direta na vivência de stresse ocupacional, isto é, quanto maior a influência da família no contexto laboral, maior o nível de stresse percecionado. São exemplos da intervenção familiar, a alteração de planos diários para atender a compromissos familiares ou, até, a alteração de humor provocada por conflitos familiares, tendo que trabalhar nessas mesmas condições.

No entanto, em sentido inverso, Hsiao *et al.* (2010) afirmam que, pela necessidade de certa parte de estudantes em viverem fora da sua área de residência, passando a viverem sozinhos ou com outros estudantes, por norma, promove a comunicação e a relação interpessoal, dando a oportunidade de obter apoio e feedback dos colegas. Acrescentam que os estudantes, por melhorarem a saúde espiritual, apreciam o significado das relações e a importância dos outros, apresentando, posteriormente, uma motivação mais forte.

De acordo com Serra (2007), baseado em diversos autores especializados na área do apoio social, são determinados seis tipos de apoio social, apresentados na tabela 2.

Tabela 2 - Tipos de apoio social

Tipos de apoio	
1)	<u>Apoio afetivo</u> : sentimentos de estima e dedicação por parte dos outros, contributivos para a autoestima;
2)	<u>Apoio emocional</u> : sentimentos de apoio e segurança, baseados na compreensão;
3)	<u>Apoio percetivo</u> : apoio na averiguação mais detalhada e adequada da situação com a intenção de esclarecimento realista;
4)	<u>Apoio informativo</u> : informação providenciada e conselhos que ajudam na compreensão de situações;
5)	<u>Apoio instrumental</u> : apoio concreto na realização de atividades da prática;
6)	<u>Apoio de convívio social</u> : como o nome indica, baseado na convivência social em atividades de lazer, com o intuito de desviar a atenção das situações problemáticas.

Adaptado de Serra, 2007, p. 137-143.

Pais Ribeiro (2009) destaca a importância das características psicológicas como um fator moderador em situações de stresse, visto que determinam a forma como a pessoa enfrenta e interpreta as situações, exemplificando com atitudes baseadas no *locus* de controlo interno ou externo, na perceção de autoeficácia, otimismo, religião, entre outras.

Rossi, Meurs e Perrewé (2013) afirmam que as características pessoais determinam e, por isso, moderam o tipo de comportamentos a assumir, desde a faixa etária, género, personalidade, entre outras. Contudo, os autores supracitados realçam o impacto e a influência das crenças, atitudes e expectativas das pessoas relativamente à sua vida pessoal e às escolhas que determinam o seu caminho. Outras questões são realçadas, como os hábitos diários e as intenções das pessoas, pois estas, também, influenciam as decisões e, com isso, a gestão de momentos de stresse, por exemplo.

No entanto, Serra (2007) afirma que o stresse não se resume ao momento de perceção e identificação do stresse, pois a partir desse momento, a pessoa reage e interage com o ambiente, estabelecendo uma relação, tendo ou não, de receber apoio de outros.

É sugerido, por Dewe, O'Driscoll e Cooper (2010) escalonar as intervenções com intuito de gestão do stresse consoante o decorrer do tempo. Como intervenção primária de carácter preventivo, reduzir o número e/ou a intensidade das situações indutoras de stresse, maioritariamente provenientes do ambiente laboral, como a organização da estrutura e/ou funções, com o objetivo de melhorar a gestão do stresse experienciado. Secundariamente, intervenções de carácter preventivo e/ou reativo, os autores propõem modificar as respostas individuais da pessoa perante as situações indutoras de stresse, na impossibilidade de a pessoa ser incapaz ou não apresentar recursos suficientes para reduzir os stressores, focando

a sua atenção nas suas próprias capacidades pessoais. Por fim, sugerido pelos autores supracitados, as intervenções são de caráter unicamente reativo, as quais se baseiam na capacidade de minimizar as consequências da vivência de situações indutoras de stresse, ajudando a pessoa a lidar de forma mais eficaz com os resultados de stresse.

Como sabemos, as estratégias de gestão de stresse surgem com o intuito, essencialmente, de reduzir o stresse e potenciais consequências negativas. Para tal, Monat e Lazarus (1991) afirmam existirem três categorias de técnicas de gestão do stresse, baseadas na promoção de alterações: no ambiente e/ou estilo de vida; na personalidade e/ou na percepção; e/ou nas respostas biológicas ao stresse.

A eficácia das intervenções utilizadas, com o intuito de gerar respostas e sentimentos positivos perante situações indutoras de stresse, é algo ainda discutível e impreciso no campo científico, devido a inúmeras indefinições centradas no conceito de stresse. No entanto, conseguimos compreender que existem determinados fatores que condicionam e influenciam a capacidade de gestão do stresse, tendo impacto no bem-estar e na saúde mental das pessoas.

Dewe, O'Driscoll e Cooper (2010) destacam o envolvimento e participação da pessoa, a gestão e acompanhamento de supervisores e a organização estrutural como os principais fatores condicionantes da efetividade das intervenções aplicadas na gestão do stresse. Os autores destacam as capacidades pessoais como uma das condicionantes principais, na medida em que, primariamente, as características pessoais, destacando a proatividade ou a falta da mesma, podem colocar em questão e/ou prejudicar a vivência eficaz de uma situação stressora. Igualmente, numa eventual utilização de intervenções ineficazes perante uma determinada situação potenciadora de stresse, posteriormente, essa experiência influencia o pensamento e a capacidade de reação da pessoa quando confrontada com situações idênticas. Relativamente ao acompanhamento de supervisores e gestão implementada, conseguimos compreender que a sua influência poderá contribuir positiva ou negativamente na experiência de situações de stresse, na medida em que não existindo um compromisso de partilha e de aprendizagem mútua, as intervenções aplicadas não sejam adequadas e suficientes para a resolução do problema, que não sejam promovidos comportamentos de prevenção de stresse adequados e, a nível pessoal, que a pessoa aprendiz se sinta desprotegida e perceba uma falta de interesse na sua aprendizagem por parte do supervisor. Por último, o clima do ambiente laboral e respetiva organização demonstram ser fatores condicionantes na gestão do stresse, pois nesse ambiente são tomadas decisões, existe interação social e comunicacional, são detalhadas expectativas e perspetivas diferentes e, na eventualidade de desacordo ou desinteresse pela aprendizagem, os níveis de stresse poderão se elevar, tornando esse clima tenso e pouco apetecível de frequentar posteriormente.

Ramos (2005) sintetiza o processo de vivência de stresse em quatro fases. Inicialmente, refere que o stresse se baseia na percepção, por parte da pessoa, de recursos insuficientes para lidar com as contrariedades ou exigências encontradas. Inevitavelmente, o organismo desencadeia diversos mecanismos (fisiológicos, psicológicos e sociais, como vimos anteriormente) que facilitam a interpretação de que se encontra numa situação de vivência de stresse. Posteriormente ao reconhecimento dos sinais, a pessoa estabelece e atua de forma a lidar com o stresse (estratégias de *coping*), por forma a encontrar um estado de equilíbrio com o meio. Por último, as capacidades da pessoa são testadas e determinam se são adequadas e/ou suficientes para ultrapassar o momento de stresse e, tal como o autor referenciado afirma, a pessoa reforçará a sua relação com o ambiente, anulando os sinais experienciados de stresse. No caso de inadequação do tipo de estratégias adotadas para com esse meio, os sintomas manter-se-ão e poderão promover o surgimento de doenças.

6. Stresse nos Estudantes de Enfermagem

Os estudantes de enfermagem defrontam-se com variadíssimos fatores com os quais necessitam de lidar, sendo que determinadas situações são potenciadoras de vivência de stresse e outras, apesar da eficácia de estratégias utilizadas, retiram a sua atenção de outras necessidades, sendo que umas são provenientes do contexto escolar e outras do contexto prático, do ensino clínico.

Pela inexperiência dos contextos, bem como pela falta de conhecimentos e capacidades, quer pessoais como técnicas, maioritariamente das vezes, os estudantes demonstram-se incapazes de lidar e contornar os obstáculos que surgem. Assim, percebemos a necessidade de compreender quais os principais fatores de stresse nos estudantes de enfermagem.

6.1. Fatores Indutores de Stresse nos Estudantes de Enfermagem

Como é sabido, a profissão de enfermagem é uma das ocupações profissionais com maiores níveis de stresse devido ao contacto próximo com as pessoas, com as quais é promovido, de qualquer das formas, um envolvimento afetivo, bem como situações menos agradáveis como, por exemplo, os procedimentos a realizar. E, como Moreira e Furegato (2013) referem, toda esta envolvimento se desenrola a partir da formação académica, desde a realização dos ensinos clínicos, onde os intervenientes são pessoas, geralmente, na faixa etária de transição de adolescente para adulto, aos quais são exigidas tomadas de decisões importantes para com os clientes. Nesses momentos, são comuns sentimentos de

insegurança pela falta de experiência e conhecimentos práticos, o que por si desenvolve momentos de vivência de stresse.

Estudos provam que estudantes com um nível saudável de saúde espiritual demonstram menor tendência depressiva, pois são menos afetados pelas situações indutoras de stresse da prática clínica (Hsiao *et al.*, 2010). No entanto, deparamo-nos, atualmente, com a constatação de que os estudantes de enfermagem evidenciam manifestações psicológicas e fisiológicas resultantes da vivência de stresse, quando comparados aos estudantes de outras áreas, segundo a revisão de literatura realizada por Benavente e Costa (2011).

Contudo, é importante referir que os estudantes inquiridos para o estudo de Corral-Mulato *et al.* (2011) apresentam diferentes considerações para a vivência de stresse, tanto pessoal como profissional. Referem-se ao stresse pessoal como situações de desequilíbrio, dificuldades e manifestações físicas e psicológicas, e, apesar da relatividade, categorizam o tipo de stresse laboral consoante a sua proveniência: consequência do excesso de trabalho; consequência da falta de vocação profissional; desequilíbrio; e como uma necessidade que as mudanças aconteçam.

No contexto prático, o ensino clínico é um meio bastante propício à vivência de momentos intensos de stresse por parte dos estudantes de enfermagem, sendo que Magalhães (2004) refere que frequentemente os estudantes apresentam-se assustados e incapazes de articular os conhecimentos adquiridos anteriormente. A referente autora e King-Jones (2011) salientam a exigência aos estudantes de uma prestação de cuidados de qualidade, não tendo em conta a sua experiência e/ou conhecimentos, e, simultaneamente, requeridas aprendizagens diversas, o que eleva bastante o sentimento de stresse em ensino clínico.

Após a análise de diversos estudos e revisão de literatura, conseguimos unificar as diferentes fontes de stresse consoante a sua fonte, sentidas pelos estudantes de enfermagem em ensino clínico, resultando nas seguintes quatro categorias: provenientes das interações e relações interpessoais; provenientes da própria profissão de enfermagem; provenientes dos métodos de orientação dos supervisores, tanto da instituição de saúde, como dos serviços de saúde; e provenientes das competências dos estudantes (Serra, 2007; Pacheco, 2008; Changiz, Malekpour e Zargham-Boroujeni, 2012; Sikander e Aziz, 2012; Moridi, Khaledi e Valiee, 2014).

Sendo o stresse proveniente das relações interpessoais e pela qualidade de interação entre os estudantes e os diferentes intervenientes no ensino clínico, podemos elencar situações específicas promotoras de stresse pois, segundo diversos estudos realizados nos últimos tempos, falar com outros profissionais de saúde e/ou com os clientes e respetivos familiares têm sido um dos principais fatores condicionantes de uma vivência positiva em ensino clínico para os mesmos (Pacheco, 2008; Jimenez, Martínez Navia-Orsorio e Vacas Diaz,

2010; Changiz, Malekpour e Zargham-Boroujeni, 2012; Pulido-Martos, Augusto-Landa e Lopez-Zafra, 2012; López González, Orbañanos Peiro e Cibanal Juan, 2013).

Segundo os autores acima referenciados, existem determinadas situações que podem condicionar a atuação do estudante, como exemplos: a não-aceitação por parte de um cliente de cuidados de estudantes de enfermagem, por motivos diversos; pela dificuldade - por motivos psicossociais do estudante ou do cliente -, em estabelecer uma relação empática e, simultaneamente, terapêutica com o cliente; pela integração insuficiente dos próprios estudantes no meio dos profissionais de saúde dos respetivos serviços; e pela falta de conhecimento dos estudantes acerca do tipo de relação estabelecida ou a estabelecer para com os enfermeiros e com os outros profissionais presentes.

No que concerne aos fatores indutores de stresse, percecionado pelos estudantes de enfermagem, respetivos à própria profissão de enfermagem, são apresentadas diversas situações específicas, consoante a investigação nos últimos anos. Posto isto, as maioritariamente referidas, são as seguintes: falta de familiaridade com os termos técnicos e médicos; carga de trabalho excessiva; observação e contacto com um cliente com dor ou em sofrimento, ou até casos de morte; risco proveniente do contacto com o cliente, sendo exemplos, a possibilidade de o estudante se picar com uma agulha e/ou de contágio com doenças infecciosas; e a vivência de situações de emergência (Pacheco, 2008; Jimenez, Martínez Navia-Osorio e Vacas Diaz, 2010; Changiz, Malekpour e Zargham-Boroujeni, 2012; Cobo-Cuenca *et al.*, 2012; Pulido-Martos, Augusto-Landa e Lopez-Zafra, 2012; Sikander e Aziz, 2012; López González, Orbañanos Peiro e Cibanal Juan, 2013; Moridi, Khaledi e Valiee, 2014).

Os métodos de orientação selecionados pelos supervisores são, muitas vezes, compreendidos como fatores indutores de stresse, pela facilidade de justificação para as próprias dificuldades. Não obstante de afirmar que, por vezes, a orientação dos professores e as respetivas posturas possam mesmo não ser as mais desejadas e pertinentes. Diversos estudos demonstram e discriminam determinadas atitudes e comportamentos como exemplos de compreensão, sendo as seguintes as mais referidas nos últimos estudos: a observação e presença do supervisor na realização de um contacto ou procedimento com um cliente; a insegurança sentida no momento de dar resposta às exigências do supervisor; a inadequação de métodos de orientação aos estilos de aprendizagem dos estudantes; e os momentos em que o supervisor corrige ou relembra alguma atitude ou intervenção menos adequada a um estudante, estando na presença de outros colegas, profissionais de saúde e/ou clientes e familiares (Pacheco, 2008; Jimenez, Martínez Navia-Osorio e Vacas Diaz, 2010; Cilingir *et al.*, 2011; Changiz, Malekpour e Zargham-Boroujeni, 2012; Pulido-Martos, Augusto-Landa e Lopez-Zafra, 2012; Sikander e Aziz, 2012; Moridi, Khaledi e Valiee, 2014).

King-Jones (2011) apresenta, ainda, um artigo de elevado valor ético e moral, devido ao facto de expor a forma de comunicação e atitudes dos enfermeiros dos serviços, onde os

estudantes de enfermagem realizam os ensinamentos clínicos, denominando por “violência horizontal”. A pertinência da referência a este artigo prende-se ao facto de os enfermeiros assumirem determinadas posturas e comunicarem de certas formas que são interpretadas como entraves ao desenvolvimento dos estudantes. Gestos depreciativos, abusos verbais, comentários sarcásticos, desvalorização do saber, desinteresse pela aprendizagem e desencorajamento e controlo de comportamentos, são alguns dos comportamentos descritos pela autora.

Por fim, e numa vertente introspectiva por parte dos estudantes de enfermagem para com o seu próprio desempenho e capacidade de desenvolvimento, podemos compreender, através da literatura, que existem diversos motivos provenientes desta área que podem desencadear stress nos estudantes. Variadíssimos estudos demonstram que o stress proveniente das competências dos estudantes parte de duas diferentes subcategorias: motivos pessoais e inexperiência ou desconhecimento perante determinada situação clínica. Os primeiros baseiam-se na preocupação com fatores intrínsecos à pessoa e que condicionam a sua prestação: preocupação com a classificação quantitativa global; estar atrasado na realização de procedimentos e/ou atividades, resultante da gestão ineficaz de tempo e recursos; sentimentos de insegurança; sentimento de cansaço e fadiga; tempo de deslocação para o local de ensino clínico; e/ou problemas pessoais e/ou familiares (Pacheco, 2008; Jimenez, Martínez Navia-Osorio e Vacas Diaz, 2010; Cilingir *et al.*, 2011; López e López, 2011; Changiz, Malekpour e Zargham-Boroujeni, 2012; Cobo-Cuenca *et al.*, 2012; Pulido-Martos, Augusto-Landa e Lopez-Zafra, 2012; Sikander e Aziz, 2012; López González, Orbañanos Peiro e Cibanal Juan, 2013; Moya Nicolás *et al.*, 2013; Moridi, Khaledi e Valiee, 2014). Os mesmos autores referem que o desconhecimento de atuação perante determinada situação clínica, por si só, é promotor de stress, pois os estudantes nesses momentos podem entender que estão condicionados pela(o): falta de conhecimentos e habilidades para cuidar do cliente; falta de experiência; medo de errar; sentimento de impotência; risco de causar dano; ou por ser uma situação de emergência, nunca antes vivida.

Hsiao *et al.* (2010) acrescentam a particularidade da comunicação prévia à realização, com estudantes que realizaram o mesmo ensino clínico anteriormente, pois promove um maior nível de stress pelo condicionamento de pensamento e atitude no contacto com o contexto. E Moreira e Furegato (2013) particularizam o stress transversal aos estudantes finalistas do curso de enfermagem, devido ao acréscimo de responsabilidade e tarefas, bem como à aproximação do término do curso e consequente transição para a vida laboral. Os estudantes referem não se sentirem preparados para entrarem no mercado de trabalho onde o seu campo de atuação é muito mais alargado e terão que o fazer com muito menos apoio e observação de outros do seu trabalho.

6.2. Respostas ao Stresse dos Estudantes de Enfermagem

Tomaschewski-Barlem *et al.* (2013) realçam as repercussões dos sentimentos de stresse, visto que poderão desencadear comportamentos de baixa eficácia profissional, enquanto estudantes, através de sentimentos de insegurança, baixa autoestima, inferioridade e impotência levando a que, posteriormente, e como vimos anteriormente, possam admitir a hipótese de desistir do curso.

Segundo Corral-Mulato *et al.* (2011), os estudantes apresentam diferenças nas suas atitudes perante as situações indutoras de stresse, sendo que as estratégias que mencionam utilizar, segundo os dados do referido estudo, se centram no uso do descanso/lazer, por forma a evitar e se distanciarem do stresse, ou assumem uma postura positiva, de forma a demonstrarem e sentirem certo autocontrolo.

Hsiao *et al.* (2010) demonstram no seu estudo que os estudantes utilizam, com maior regularidade, as estratégias “Considerar as tarefas difíceis como algo que me torna mais forte”, “Interpretar as exigências e diretivas dos supervisores de uma perspetiva positiva” e “Depois destes dias duros, tudo vai ficar bem”. O mesmo autor afirma que estas atitudes ajudaram-nos a descobrir e a aceitar o objetivo da formação na prática clínica, o que por si, reduz o stresse. Nos momentos em que o stresse é proveniente das relações interpessoais, Hsiao *et al.* (2010) demonstram que os estudantes, maioritariamente, optam por estratégias de descoberta do sentido da vida (como exemplos, “Eu penso como enriquecer a minha vida” e “Eu faço o meu melhor para tornar a minha vida significativa”) e de encarar as dificuldades de uma perspetiva otimista (como exemplos, “Eu acredito que esta frustração é significativa para a minha vida diária” e “Eu encaro a frustração como um teste a mim próprio”).

CAPÍTULO III - ESTRATÉGIAS DE *COPING* DOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM

7. *Coping*

O decorrer da vida, integrando os pequenos acontecimentos diários e os eventos naturais de vida, promove diversas contrariedades, obstáculos e constrangimentos, com as quais o ser humano necessita de lidar, sob a forma da sua particularidade de reações e perspectivas, com o intuito de compreender a situação e vivenciar de forma positiva.

Como Ramos (2005) afirma, a pessoa envolve-se em esforços adaptativos às situações decorrentes que possam induzir stresse, pois dispõe de capacidades (por vezes insuficientes) e habilidades para as enfrentar ou evitar, por forma a defender-se das suas influências, ao que denominamos de *coping*.

Anteriormente, o bem-estar da pessoa apenas estaria presente se não existisse reconhecimento de vivência de stresse. A partir da década de 1960, começou-se a compreender a ligação lógica entre o stresse, como consequência natural do dia-a-dia e dos acontecimentos decorrentes da vida, e as estratégias de *coping* como ato intuitivo de diminuir sentimentos de stresse. Assim, conseguimos compreender que quando o *coping* é ineficaz, a sensação de stresse é realçada podendo, eventualmente, produzir consequências prejudiciais. Em contrário, quando as estratégias são adequadas e eficazes, o stresse poderá ser controlado, mantendo um nível estável de emoções (Eckenrode, 1991; Lazarus, 2006).

Nas constantes tentativas de definição de stresse e *coping*, os investigadores têm apresentado diversos sentidos de pesquisa. Por um lado, baseiam-se nos processos de rotina, como a aprendizagem e a interação social, referindo-se a estes conceitos como algo intrínseco ao decorrer natural da vida e vivências diárias. Por outro lado, o stresse e o *coping* são identificados como fenómenos psicopatológicos, nos quais as pessoas não se adaptam a situações que provocam sofrimento.

Na sequência da temática, e como já vimos anteriormente, as estratégias de *coping* encontram-se estritamente relacionadas com o stresse e com as consequências que podem advir de tal, sendo que as respostas da pessoa tornam-se uma condicionante imprescindível para uma adaptação a uma situação indutora de stresse. Custódio (2010) refere que o *coping* é constantemente associado à descrição das diferenças percebidas entre as respostas das

pessoas em situações stressantes, sendo, por isso, possível compreender as diferenças da qualidade e níveis de adaptação.

Além disso, Aldwin (1994) refere que o objetivo de estudar a concetualização de *coping* se centra no propósito de entender as diferenças no tipo de respostas ao stresse das pessoas e compreender a sua influência no bem-estar. No entanto, existem três diferentes perspetivas do conceito de *coping*: baseada na pessoa, onde é focado o tipo de resposta consoante as características pessoais; baseada na situação, onde as exigências e as características da situação stressora ou estímulo influenciam o tipo de resposta; e baseada na interação entre a pessoa e a situação, sendo que, na união de todas as características, se molda uma resposta.

No entanto, o estudo do *coping* demonstra ser complexo e relativo, pela diversidade das características e capacidades pessoais, bem como pela necessidade de compreensão de todos os detalhes presentes nos comportamentos adotados pela pessoa, em todas as fases de contacto com cada situação stressora específica (Lazarus, 2000).

Quando abordamos o *coping* pensamos, de forma praticamente imediata, nos comportamentos e atitudes assumidas em momentos indutores de stresse. A diminuição dos sentimentos de stresse é a principal razão das estratégias de *coping*.

Lazarus e Folkman (1984) afirmam que não existe coerência no conceito de *coping*, tanto na sua definição, como na compreensão do seu emprego relativamente ao processo de adaptação. Outros autores acrescentam que a dificuldade na definição se prende no facto de ser atribuído a diversos comportamentos e habilidades que a pessoa apresenta quando se sente stressado, não tendo em consideração as características pessoais e da situação indutora de stresse em si (Eckenrode, 1991; Antoniazzi, Dell’Aglia e Bandeira, 1998).

Wethington e Kessler (1991) referem como principais fatores dificultadores no esclarecimento do conceito de *coping* os seguintes: a relatividade na perceção do contexto da situação e no tipo de situação; a compreensão exata do processo de *coping* estar apenas centrado nas pesquisas científicas apresentadas até então; e o impacto da situação na pessoa. A relatividade da perceção depende, essencialmente, das características pessoais (como exemplos, a idade, sexo, a personalidade, entre outros) e dos recursos sociais, como significado do contexto, e definem o tipo de situação pelo seu impacto (como exemplos, o divórcio, a morte, entre outros). A problemática em torno das pesquisas realizadas é demonstrada através de uma tendência para assumir que as respostas obtidas nas amostras comunitárias se aplicam na generalidade, o que influencia e coloca em causa as inferências apresentadas. Por fim, a terceira questão prende-se, tal como no primeiro fator, às características pessoais, pelo significado atribuído ao momento stressante.

Apesar da complexidade na definição de *coping* e respetivo processo de construção, já existem diversos estudos centrados na efetividade da aplicação das diferentes estratégias de *coping* em momentos de stresse e, com isso, perceber o seu efeito e resultados obtidos.

Parker e Endler (1996) afirmam que na década de 1960, o conceito de *coping* começou a constituir um significado técnico-científico, sendo que alguns pesquisadores começaram a denominar determinados mecanismos de defesa adaptativos como estratégias de *coping*.

Coping é definido como uma atitude que centra na capacidade de “gerir o stresse e ter uma sensação de controlo e de maior conforto psicológico” (CIPE/ICNP, 2011, p.46).

Lazarus e Folkman (1984) apresentam a definição de *coping* como “uma constante mudança de esforços cognitivos e comportamentais para gerir fatores internos e/ou externos específicos que ameaçam ou excedem os recursos das pessoas” (p.141).

Segundo Holahan, Moos e Schaefer (1996), *coping* como “um fator estabilizador que pode ajudar os indivíduos a manterem uma adaptação psicossocial durante os períodos de stresse; engloba os esforços cognitivos e comportamentais para reduzir ou eliminar as condições stressantes e *distress* emocional associado” (p.25).

O *coping* é percebido como o que a pessoa faz para lidar com os problemas, ajustando a relação com o ambiente, com o intuito final de recuperar o equilíbrio emocional e o bem-estar físico e psicológico (Ramos, 2005). Antoniazzi, Dell’Aglia e Bandeira (1998) resumem o objetivo do *coping* na intenção comportamental de redução dos níveis de stresse, sendo a estabilidade emocional atingida ou não. No caso da estabilidade das emoções, diz-se que existiu adaptação positiva à situação indutora de stresse e, pelo contrário, quando não existe adaptação, são avaliadas e questionadas as circunstâncias e efetividade das estratégias utilizadas.

Lazarus (2006) afirma que o *coping* pode ser interpretado como um processo interativo decorrente de influências pessoais e sociais, dependente das características pessoais ou como um estilo. De uma forma mais concisa, podemos afirmar que o *coping* se refere às estratégias utilizadas pelo ser humano para lidar e ultrapassar as situações indutoras de stresse (Serra, 2007).

Pais Ribeiro (2009) clarifica o conceito de *coping* afirmando ser o “modo como as pessoas enfrentam as múltiplas exigências da vida com o objetivo de as resolver” (p.28). Acrescenta que, cientificamente, se define como um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais com o intuito de gerir as exigências internas e externas, as quais excedem os recursos pessoais.

Após a compreensão do conceito, conseguimos, através da análise da literatura, compreender a diversidade de comportamentos e atitudes que diferenciam os tipos de

coping. Diversos autores categorizam o *coping* consoante o tipo de estratégias adotadas, pelo foco de atenção durante o processo, pelos resultados obtidos, entre outros. Tudo isto, tendo por base diferentes métodos de abordagem, descritos por Holahan, Moos e Schaefer (1996). Os autores sugerem diferentes categorias: abordagem cognitiva; abordagem comportamental; distanciamento cognitivo; e distanciamento comportamental. Quando referida a abordagem cognitiva, centram-se na explicação da análise lógica e da reavaliação positiva. No caso da abordagem comportamental, avaliam a necessidade da procura de suporte emocional e orientação, bem como a existência de uma resolução planeada do problema. No distanciamento cognitivo, referem-se a comportamentos de fuga e/ou evitamento cognitivo e à não-aceitação do problema. Por fim, o distanciamento comportamental é descrito pela procura de recompensas alternativas e pela descarga emocional.

Na perspetiva de compreender a conceptualização do *coping* num contexto psicossocial e respetivas interações existentes em todas as etapas das estratégias aplicadas, diversos autores referem-se ao termo como sendo um processo.

Lazarus e Folkman (1984) apresentam o conceito de *coping* como um processo, baseando-se em três características definidoras. Primeiro, centra-se no contraste entre as atitudes e comportamentos que a pessoa normalmente assume e as que adotaria ou deveria adotar. Em segundo lugar, referem-se à real atuação da pessoa perante uma específica situação stressora, devido à intenção e diretividade das suas ações. Por último, o processo de *coping* necessita de ser referenciado como uma mudança dos pensamentos e comportamentos de *coping* sob um momento stressante.

Sendo o *coping* entendido como um processo, então, podemos conceber como sendo um processo de mudança comportamental no qual, em determinados momentos, a pessoa deve assumir estratégias de *coping* defensivas e, noutras alturas, estratégias com foco na resolução do problema (Lazarus e Folkman, 1984).

Os mesmos autores determinam três condições que devem estar presentes, para a determinação de vivência de um processo de *coping*: (1) as estratégias de *coping* devem ser analisadas se a pessoa se encontrar perante uma situação indutora de stresse; (2) analisar as atitudes da pessoa, comparando com as que, de forma geral, adotaria; e (3) se a pessoa modifica, ao longo do tempo perante diferentes circunstâncias, as suas estratégias de *coping* (Folkman e Lazarus, 1985).

Numa centralização do conceito nas características intrínsecas à pessoa, bem como os comportamentos e atitudes decorrentes, o *coping* pode ser compreendido como sendo um estilo de atuação e, integrando os traços de personalidade da pessoa, conseguimos destacar e diferenciar as duas perspetivas. Lazarus e Folkman (1984) assumem as diferenças, na medida em que os estilos de *coping* abrangem os tipos de relações com pessoas com

diferentes características pessoais. Os traços de personalidade são referenciados como capacidades que as pessoas dispõem para reagir e lidar perante diferentes situações.

Segundo Lazarus (2006), os estilos de *coping* e os traços de personalidade, por norma, demonstram uma tendência de estabilidade ao longo do tempo, apesar das circunstâncias decorrentes. O autor distingue os estilos de *coping* pela extremidade de ação, isto é, considera serem comportamentos totalmente opostos, referindo como exemplo a dicotomia entre o evitamento e a vigilância.

No entanto, podemos definir o *coping* em duas categorias: baseado nas emoções e no problema. Referimos o tipo de *coping* baseado nas emoções quando uma pessoa modifica a sua atitude e interpretação, perante uma situação indutora de stresse, com o intuito de autorregulação dos sentimentos e afeções (como exemplos, evitar pensar na situação ou reavaliar de forma positiva). Quando a pessoa altera a sua relação com o ambiente (comportamentos como a procura de informações sobre a situação), pela percepção de stresse psicológico, perante um momento stressante, categorizamos como tipo de *coping* baseado no problema (Lazarus, 1991, 1993, 2000; Parker e Endler, 1996).

Lazarus e Folkman (1984) afirmam que as estratégias de *coping* baseadas nas emoções têm diversas finalidades, consoantes o estado desejado de alcançar, como a manutenção de um estado de espírito de tranquilidade, esperança, otimismo; a negação de factos ou a recusa de aceitação; e, ainda, agir como se a situação não tivesse acontecido. Afirmam que, com o intuito de diminuir a instabilidade emocional, procuram essencialmente utilizar estratégias defensivas (como exemplos, evitamento, fuga, atenção seletiva, comparações positivas e de extração de valores positivos de situações negativas, entre outras). Em sentido inverso, a necessidade de algumas pessoas procurarem a vivência de sentimentos negativos (como exemplos, a angústia, autculpabilização e/ou autopunição), os autores supracitados afirmam existir um motivo interior de se sentirem, posteriormente, melhor do que no início.

Numa perspetiva de alteração do significado atribuído a uma determinada situação indutora de stresse, conseguimos compreender que as estratégias de reavaliação positiva são uma forma de a pessoa percecionar a situação, sem se distanciar ou evitar o problema (Lazarus e Folkman, 1984). No entanto, os mesmos autores destacam a forte possibilidade de interpretação errada de um sentimento inerente a este tipo de *coping*, que pode colocar em causa todo o processo de vivência.

Comparativamente com as estratégias baseadas nas emoções, as estratégias de *coping* centradas no problema demonstram ser mais limitadas na sua aplicação, visto que dependem, em grande parte, do tipo de problema a resolver (Lazarus e Folkman, 1984). Nem sempre apresentamos recursos suficientes para resolver determinados problemas, seja pela inexperiência ou contacto insuficiente com situações semelhantes. No entanto, os autores afirmam que as estratégias de *coping* baseadas no problema são idênticas às estratégias utilizadas para resolver um problema, numa perspetiva mais ampla e orientada, onde os esforços aplicados se baseiam, essencialmente: na definição e delimitação do

problema; na conceção de soluções alternativas; e no contrabalanço entre os custos e os benefícios.

Ramos (2005) diferencia o *coping* pela intenção presente nas atitudes e comportamentos adotados perante situações indutoras de stresse. Define o *coping* de evitamento pelos comportamentos percebidos de afastamento do problema, através de estratégias de negação e fuga, evitando lidar diretamente com o stressor. Por outro lado, quando adotado o *coping* confrontativo, a atenção está direcionada para o fator de stresse, com a intenção de procurar, ativamente, uma resolução. De forma resumida, podemos assumir que este tipo de estratégia é direcionado para enfrentar a ameaça.

Criando um paralelismo, Ramos (2005) apresenta relações diretas entre o estilo de *coping* de evitamento e os comportamentos baseados nas emoções, e entre o estilo de *coping* confrontativo e os comportamentos assumidos baseados no problema. Pela compreensão da finalidade do *coping* de evitamento, conseguimos associar, de forma perceptível, que a pessoa procura alterar a forma como interpreta os fatores de stresse, tentando controlar as suas emoções. O autor acredita que este tipo de *coping* é, essencialmente, assumido quando a situação indutora de stresse é percebida como incontrolável. Em sentido contrário, pela compreensão da intencionalidade direta do tipo de *coping* confrontativo, conseguimos depreender e perceber a associação direta com os esforços pessoais da pessoa em atuar sobre o stressor, que nos indica serem comportamentos baseados no problema.

Com o intuito de compreender a efetividade do *coping*, necessitamos conhecer, primariamente, os recursos que as pessoas apresentam, previamente ao contacto com o stressor. Eckenrode (1991) define os recursos de estratégias de *coping* como características da pessoa ou do respetivo ambiente e, em simultâneo, estão associados a baixos níveis de stresse e sintomas físicos decorrentes da vivência de stresse.

A literatura diferencia os principais recursos de *coping* em três categorias: físicos, psicológicos e competências. Os recursos físicos incluem a saúde, a energia e o bem-estar em geral. Os psicológicos centram-se nas crenças e pensamentos positivos, incluindo estabilidade a nível emocional. Por último, a nível pessoal, são destacadas a resolução de problemas e as competências sociais (Lazarus e Folkman, 1984).

Numa outra perspetiva, anos mais tarde, é defendido que os recursos são decorrentes de duas fontes diferentes, mas imprescindíveis: pessoais ou sociais. Holahan, Moos e Schaefer (1996) afirmam que os recursos de *coping*, baseados nas características pessoais, incluem uma personalidade estável e características cognitivas equilibradas nos momentos de avaliação das situações indutoras de stresse. As pessoas com perceção de autoeficácia elevada apresentam uma tendência de utilizarem estratégias de confronto para com as situações indutoras de stresse, enquanto, pelo contrário, as pessoas com baixo níveis de

percepção de autoeficácia, tendem a serem menos pró-ativos na resolução dos problemas, sendo que por vezes evitam-nos (Bandura, 1997; Holahan e Moos, 1987).

Os recursos de *coping* encontrados no meio social demonstram ser, também, essenciais nas respostas a situações indutoras de stresse, na medida em que o apoio emocional, essencialmente, reforça os sentimentos de autoestima e autoconfiança da pessoa (Bandura, 1997). Holahan, Moos e Schaefer (1996) acrescentam que o suporte social providencia, também, novas perspetivas e orientações adequadas nos momentos de avaliação das ameaças e planeamento das estratégias de ação.

Com o decorrer do tempo, a investigação demonstra que podemos clarificar e individualizar as diferenças entre os recursos pessoais e sociais de *coping*. Moos e Schaefer (1993, cit. por Mendes, 2002) classificam os recursos de *coping* tendo em conta fatores, como as atitudes e comportamentos adotados pela pessoa nos momentos indutores de stresse, bem como todo o processo envolvente referente à adequação de esforços na resolução dos problemas. Os autores destacam as seguintes áreas de recursos de *coping*:

- 1) Desenvolvimento do eu - capacidades evolutivas da pessoa para adquirir novos conhecimentos e adaptar os seus comportamentos consoante as experiências de contacto;
- 2) Autoeficácia, Otimismo e Sentido de Coerência - características pessoais associadas, de forma direta, à efetividade da utilização de estratégias de *coping* adequadas;
- 3) Estilos cognitivos - padrão habitual de percepção e compreensão da informação apreendida, sendo destacados a orientação de campo e o processamento informativo como os dois estilos cognitivos mais estudados;
- 4) Mecanismos de defesa e estilos de coping - três níveis de mecanismos de defesa, segundo os autores: defesas imaturas (incluem projeção e fantasias), defesas neuróticas (incluem repressão) e defesas maduras (incluem supressão e antecipação realista); a sua utilização e adaptação ao contexto depende de preferências e características pessoais;
- 5) Aptidões de resolução de problemas - baseadas nas aprendizagens sociais e benefícios resultantes na resolução de problemas, que pressupõem uma adaptação adequada.

As pessoas, ao longo do tempo, vão desenvolvendo capacidades, através da experiência e contactos sociais, na vivência e resolução de problemas que surgem diariamente, como acontecimentos naturais no decorrer da vida. No entanto, como sabemos, existem condicionantes que poderão colocar em causa a efetividade das estratégias de *coping* aplicadas. Lazarus e Folkman (1984) destacam e diferem as restrições nas seguintes classes: pessoais, como os valores culturais e crenças; ambiente, como os recursos materiais (como exemplo, o dinheiro); e o nível de ameaça, que é repercutido no nível de stresse percebido perante a situação.

Assim, depreendemos que a questão da eficácia e da pertinência do tipo de *coping* utilizado é discutível, consoante as diversas situações e âmbitos de atuação.

Alguns autores afirmam que a efetividade das estratégias de *coping* varia apenas consoante as características da situação indutora de stresse. Pois as características das situações, pela intensidade de ligação da pessoa, são relevantes de serem analisadas no momento de avaliação da eficácia das estratégias de *coping* aplicadas nesses momentos de stresse (Wethington e Kessler, 1991).

Por outro lado, ao longo do tempo, as características pessoais vão adquirindo relevância no momento de avaliação da eficácia das estratégias utilizadas para compreender a relação com os momentos stressores. Holahan, Moos e Schaefer (1996) afirmam que as pessoas que demonstram utilizar mais estratégias de *coping* direcionadas para a resolução do problema e procura de informação, tendem a adaptar-se de forma mais eficaz aos fatores indutores de stresse decorrentes das experiências diárias, apresentando, por isso, menos sinais e sintomas psicológicos. Os mesmos autores referem que, em sentido contrário, na utilização maioritária de estratégias de *coping* baseadas na negação e evitamento, de forma generalizada, está associada a momentos de stresse prolongados e mais evidentes e, com isso, vivência de períodos de crise emocional.

Eckenrode (1991) concorda com a ideia relativa à influência dos fatores pessoais, afirmando que, devido à relação entre os traços de personalidade fortes (como a autoestima, relações interpessoais firmes e níveis socioeconómicos estáveis), com a eficácia das estratégias de *coping*, conseguimos depreender que as pessoas nestas condições apresentam menores níveis de stresse.

Serra (2007) estabelece uma relação entre as características pessoais e as características das situações indutoras de stresse. Afirmar que a eficácia da implementação das estratégias de *coping* se baseia no tipo de recursos apresentados pela pessoa e pelo tipo de situação, tendo em conta o sucesso da aplicação dos mesmos. Acrescenta que, sendo as estratégias eficazes, a perceção de stresse reduz, e quando ineficazes o stresse se mantém. No entanto, a eficácia das estratégias não é linear e transversal a todos os indivíduos, afirmando que nem sempre a mesma estratégia, aplicada por diferentes pessoas, produza o mesmo resultado.

Não existem estratégias de *coping* eficazes ou não eficazes, pois a eficácia deverá ser medida individualmente consoante os resultados (Lazarus, 2000). No entanto, cada estratégia pode ser avaliada consoante a sua eficiência numa situação específica. O autor afirma que a eficácia depende de diversos fatores, como o tipo de personalidade da pessoa, o tipo de ameaça da situação indutora de stresse e do respetivo impacto, dos resultados emergentes pós-ação, entre outros. De forma geral, centra-se na presença de bem-estar, nas capacidades sociais e interrelacionais e na saúde física da pessoa.

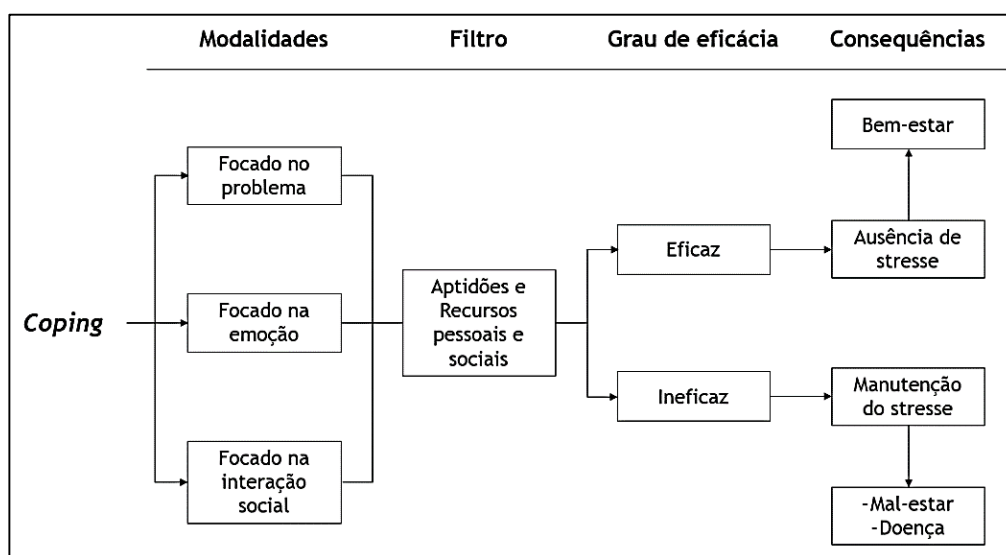
Contudo, as estratégias de *coping*, por vezes, não conseguem diminuir a sensação de stresse ou evitar por completo a situação indutora de stresse, o que poderá, eventualmente, promover maiores níveis de stresse (Lazarus, 1991). Para além disso, quando os esforços da pessoa são excessivos para ultrapassar determinada situação, os custos poderão superar os benefícios da ação.

8. Estratégias de *Coping* dos Estudantes de Enfermagem

Uma pessoa encontra-se numa situação de *coping* quando, em determinado momento, entende que necessita de avaliar as suas opções e necessidades por reconhecer sentimentos em si próprios que se tornam relevantes. Sendo assim, as estratégias de *coping* procuram, através dos esforços da pessoa, ultrapassar as dificuldades que surgem no decorrer do dia-a-dia, com o intuito de se adaptar e gerir as emoções resultantes (Lazarus, 2006). Depreendemos, com isto, que as estratégias de *coping*, através da minimização dos sintomas de stresse, promovem o aproveitamento da situação como um motivo de crescimento pessoal, através do desenvolvimento de determinadas características e capacidades (Ramos, 2005).

Serra (2007) refere que a finalidade das estratégias de *coping* difere consoante a intenção da pessoa, pois pode ter como objetivo a resolução direta do problema, noutros momentos a estabilidade das emoções sentidas e, noutras situações, a procura de suporte emocional, como podemos observar na figura 1.

Figura 1 - Modalidades das estratégias de lidar com situações indutoras de stresse



Adaptado de Serra, 2007, p. 432.

As estratégias de *coping* diferem dos restantes comportamentos da pessoa, na medida em que se apresentam como atitudes relevantes numa fase de adaptação a momentos de stresse (Eckenrode, 1991). Demonstram ser as principais mediadoras no impacto resultante na pessoa, tanto a nível físico como emocional. Assim, Serra (1988) apresenta três distintas

formas de atuação: eliminação ou modificação das condições do problema; controlo do significado atribuído às experiências e consequências; e manutenção, dentro do possível, de estabilidade emocional.

No entanto, existem variadas formas de cada pessoa reagir a uma determinada situação indutora de stresse, sendo que pode utilizar estratégias baseadas na própria comparação com os outros, na negação de afeção, nas crenças religiosas ou, até, em criar respostas criativas para a resolução do problema (Costa, Somerfield e McCrae, 1996).

Serra (2007) difere as estratégias de *coping* consoante o foco de atenção e posterior ação, considerando serem centradas no problema, nas emoções e/ou na interação social, como podemos observar na figura 1.

Na determinação do foco de atenção no problema como tipo de estratégia a utilizar para reduzir o sentimento de stresse, o autor refere que esta tem por objetivo o delinear de um plano metódico e seguir até eliminar a fonte stressora, sendo que, por si, evita que o estado angustiante e desagradável influencie negativamente o bem-estar da pessoa.

A vivência de emoções de grandes dimensões desorganizam a vida diária da pessoa e interfere com o seu bem-estar. Diversos comportamentos são adotados com o intuito de afugentar as emoções desagradáveis, como baseadas na procura de um apoio social, com o intuito de partilhar os sentimentos; na fuga através do envolvimento em atividades paralelas, com o intuito de não focar a atenção exclusivamente no problema; e em comportamentos com influência direta nas emoções, como fumar, ingerir bebidas alcoólicas, medicamentos, alimentos em excesso, prática de exercício físico, entre outros (Serra, 2007).

Por último, o autor supracitado destaca as atitudes e comportamentos da pessoa em stresse perante os seus significativos e outras interações e relações interpessoais, independentemente da efetividade e qualidade dos recursos. Como referido anteriormente, as pessoas apenas podem recorrer aos suportes sociais como apoio emocional, procurando compreensão.

Apesar de, intuitivamente, associarmos as experiências anteriores como um fator positivo para o nosso desenvolvimento pessoal, Lazarus (2006) afirma que a escolha das estratégias de *coping* não pode ser baseada nessas experiências, pois ao longo do tempo, as situações stressoras vão apresentando características diferentes e as pessoas vão desenvolvendo as suas capacidades. Geralmente, a seleção da estratégia de *coping* varia consoante a interpretação do stressor e do significado atribuído pela pessoa às exigências do mesmo.

As pessoas, pela via da aprendizagem social, podem aprender a identificar e a enquadrar as suas estratégias de *coping*, adaptando as suas atitudes e comportamentos perante as situações indutoras de stresse (Pais Ribeiro, 2009). Contudo, Aldwin (1994) acrescenta que, com a observação de uma forma ampla ou específica da situação indutora

de stresse, as estratégias de *coping* podem-se alterar em resposta aos seus efeitos práticos na situação.

Como depreendemos, existe uma enorme variedade de atuações e propósitos de ação consoante os nossos recursos pessoais e pela diversidade de situações vividas. Com isto, Serra (2007) aconselha o emprego regular, em qualquer situação, de estratégias focadas na resolução do problema, pois tendem a ser utilizadas em momentos de menor tensão e a situação vista como controlável. Afirma que, nos momentos de maiores níveis de stresse, a pessoa tem tendência a utilizar estratégias baseadas nas emoções.

No entanto, Lazarus (2006) destaca a importância do equilíbrio na adoção de comportamentos, pois nos momentos em que a pessoa lida de forma eficaz com uma determinada situação e, posteriormente, convive novamente com a mesma fonte de stresse, por norma, tenta expandir-se e ultrapassa os seus limites de capacidades. Apesar de os excessos poderem promover novos sentimentos de stresse (como exemplos, sensação de incapacidade, inutilidade), por colocarem a fasquia mais alta da sua atuação, torna-se num desafio que torna a vida mais gratificante.

A capacidade de atuação é percebida pela vivência eficaz de uma situação de stresse, onde a pessoa a ultrapassa de forma saudável. Aldwin (1994) reforça que a eficácia da utilização das estratégias de *coping* percebe-se quando, num determinado momento, surgem situações indutoras de stresse que são superadas pela utilização dos recursos da pessoa para lidar com essa mesma fonte stressora. Em sentido inverso, a mesma autora refere que, por certas razões, é necessário adaptar a resposta consoante a intensidade e a duração do fator stressor, visto que existem situações do dia-a-dia que promovem baixa intensidade mas são constantes ao longo do tempo, o que requer um esforço constante para lidar com essa situação recorrente.

Posto isto, necessitamos de compreender de que forma os estudantes de enfermagem, perante os estudos atuais, lidam com os momentos de stresse inerentes a todo o processo de aprendizagem e nova etapa na vida pessoal.

Ao longo do tempo, os estudantes de enfermagem em ensino clínico, com as experiências vividas, desenvolvimento pessoal e técnicas, vão adquirindo capacidades para lidar com as situações indutoras de stresse. Determinadas estratégias são inerentes às características da personalidade e outras vão-se adquirindo, dando novas ferramentas ao estudante.

De forma geral, segundo o estudo de Campos (2012), as principais estratégias de *coping* adotadas pelos enfermeiros em ação, centram-se nas seguintes, não pela ordem de frequência de aplicabilidade: fuga e evitamento; filiação; sublimação; projeção/

deslocamento/ transferência; resistência; antecipação; desatenção seletiva; identificação; compensação; reação de conversão; isolamento ou despersonalização.

Numa tentativa de compreensão e enquadramento da temática de vivência de momentos de stresse, por parte dos estudantes de enfermagem, é relevante conhecer, consoante a bibliografia disponível, as estratégias de *coping* mais utilizadas por este grupo.

Pacheco (2008) categoriza as estratégias de *coping* dos estudantes de enfermagem consoante o foco de ação, tal como outros autores já referenciados anteriormente (Lazarus e Folkman, 1984; Dunkel-Schetter, Folkman e Lazarus, 1987; Serra, 2007): baseadas no problema, sendo exemplos o *coping* confrontativo e a resolução planeada do problema; baseadas nas emoções, como o autocontrolo, fuga/evitamento e aceitação da responsabilidade; e, por último, baseadas na interação social, como exemplo as vivências semelhantes de situações e problemas por parte dos amigos e/ou colegas de curso.

Na especificidade de estratégias de *coping* baseadas no problema, a literatura indica-nos que se centram nas seguintes: resolução planeada do problema, através da estruturação de um plano de futuro, com estabelecimento de prioridades a nível organizacional e de gestão de tempo e trabalho; e *coping* confrontativo, onde o estudante procura ativamente atuar sobre o problema com intuito de o resolver, assumindo a responsabilidade dos atos (Dunkel-Schetter, Folkman e Lazarus, 1987; Pacheco, 2008; Gibbons, 2010; Timmins *et al.*, 2011; Shaban, Khater e Akhu-Zaheya, 2012; Chernomas e Shapiro, 2013; Jenkins, Kerber e Woith, 2013; Klainin-Yobas *et al.*, 2013; Wilczek-Ruzyczka e Jableka, 2013; Al-Zayyat e Al-Gamal, 2014; Demir *et al.*, 2014).

Relativamente às estratégias de *coping* baseadas nas emoções, os autores referem o autocontrolo, sendo exemplo elaborar pensamentos positivos acerca da situação indutora de stresse, alterando o significado; a fuga, sendo exemplos tentar que o outro não entenda que o problema aconteceu, distanciar-se do problema, integrar atividades extracurriculares, o uso de substâncias - álcool e drogas-, desistir, ignorar os sentimentos de stresse, afastar-se dos outros; e a responsabilidade, pela automotivação, reavaliação positiva, autocrítica, assumir as consequências (Dunkel-Schetter, Folkman e Lazarus, 1987; Costa e Leal, 2006; Pacheco, 2008; Gibbons, 2010; Chipas *et al.*, 2012; Shaban, Khater e Akhu-Zaheya, 2012; Yamashita, Saito e Takao, 2012; Arieli, 2013; Chernomas e Shapiro, 2013; Jenkins, Kerber e Woith, 2013; Klainin-Yobas *et al.*, 2013; Reeve *et al.*, 2013; Al-Zayyat e Al-Gamal, 2014; Demir *et al.*, 2014; Conner, 2015).

Por fim, as estratégias de *coping* baseadas na interação social incluem todos os comportamentos e atitudes de procura de suporte emocional, através dos recursos disponíveis pela pessoa. Os autores centram-se em atitudes como falar com pessoas significativas - familiares, amigos e/ou namorado(a)/companheiro(a)/cônjuge; partilhar os problemas e/ou situações indutoras de stresse com pessoas da área, como exemplo os colegas; e procurar apoio profissional, junto dos orientadores, profissionais do serviço ou apoio comunitário - centro de saúde ou hospital (Costa e Leal, 2006; Serra, 2007; Timmins

et al., 2011; Chipas *et al.*, 2012; Yamashita, Saito e Takao, 2012; Chernomas e Shapiro, 2013; Jenkins, Kerber e Woith, 2013; Klainin-Yobas *et al.*, 2013; Reeve *et al.*, 2013; Demir *et al.*, 2014; Conner, 2015).

CAPÍTULO IV - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

Após reflexão sobre a temática do ensino clínico e respetivos processos de aprendizagem, torna-se pertinente estabelecer um método de investigação, por forma a conhecer e compreender de que forma os estudantes de Enfermagem em ensino clínico entendem os momentos de stresse e os seus principais métodos de atuação.

Como sabemos, a realização de investigação paralelamente ao desenrolar de qualquer profissão torna a mesma mais credível, promovendo aos próprios profissionais maiores níveis de conhecimentos e capacidades no campo, com o intuito de melhorar a qualidade dos cuidados prestados (Fortin, 2009).

No presente capítulo iremos apresentar diversas etapas que tornam o estudo congruente. Primariamente, apresentamos as hipóteses de investigação, seguindo-se dos objetivos da mesma e a caracterização da amostra. Será, ainda, apresentadas algumas questões éticas inerentes ao processo de questionário e os próprios instrumentos de recolha de dados, para conhecer a sua aplicabilidade na respetiva amostra.

9. Hipóteses de Investigação

As hipóteses de investigação determinam, de forma decisiva, os objetivos e os pressupostos do mesmo, pela sua pertinência em encontrar respostas perante diversas situações. Posto isto, através dos conhecimentos das diferentes áreas científicas abordadas, definiram-se as seguintes hipóteses do presente estudo:

- *Hipótese 1 (H1)* - Existem diferenças estatisticamente significativas na perceção de stresse em ensino clínico relativamente às características sociodemográficas dos estudantes;
- *Hipótese 2 (H2)* - Existem diferenças estatisticamente significativas na perceção de stresse em ensino clínico relativamente às características do ensino clínico;
- *Hipótese 3 (H3)* - Existem diferenças estatisticamente significativas na identificação de situações indutoras de stresse relativamente às características sociodemográficas dos estudantes;
- *Hipótese 4 (H4)* - Existem diferenças estatisticamente significativas na identificação de situações indutoras de stresse relativamente às características do ensino clínico;

- *Hipótese 5 (H5)* - Existem diferenças estatisticamente significativas no tipo de estratégias de *coping* adotadas relativamente às características sociodemográficas dos estudantes;
- *Hipótese 6 (H6)* - Existem diferenças estatisticamente significativas no tipo de estratégias de *coping* adotadas relativamente às características do ensino clínico;
- *Hipótese 7 (H7)* - Existem diferenças estatisticamente significativas no tipo de estratégias de *coping* adotadas relativamente às situações indutoras de stresse identificadas.

10. Objetivos

Perante a temática abordada e respetivas problemáticas apresentadas, a dissertação apresenta como principais objetivos:

- 1) Identificar os fatores geradores de stresse dos estudantes de enfermagem em ensino clínico do curso de licenciatura em enfermagem;
- 2) Identificar as estratégias de *coping* adotadas na gestão do stresse pelos estudantes de enfermagem em ensino clínico do curso de licenciatura em enfermagem;
- 3) Identificar áreas a estudar no sentido de evoluir para uma proposta de um modelo de supervisão promotora de uma adaptação positiva em situações de stresse.

11. Amostra

Para a realização do presente estudo, foram selecionados todos os estudantes a frequentar o 3º ou o 4º ano do CLE da Escola Superior de Enfermagem do Porto, no ano letivo de 2014/2015, pelo nosso interesse no conhecimento dos fatores de stresse em ensino clínico e as respetivas estratégias de *coping*. O questionário foi disponibilizado para a totalidade de estudantes dos critérios supracitados, sendo que participaram 245 estudantes, com uma distribuição homogénea entre os anos letivos e com maior predominância do sexo feminino.

12. Questões Éticas

Segundo Fortin (2009), o investigador, em toda e qualquer investigação, que procure novos conhecimentos, deverá estabelecer um limite ético referente à manutenção do respeito pela pessoa (inquirida), bem como na proteção da sua liberdade e dignidade.

A recolha de dados, com os estudantes do 3º e 4º ano da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), foi autorizada pela mesma instituição, cumprindo todos os requisitos de proteção dos inquiridos. O mesmo foi disponibilizado através de uma plataforma *online*, na qual apenas seriam facultados sociodemográficos básicos (como sexo, idade e ano de curso), sem referência do nome, tornando o questionário anónimo e confidencial.

13. Instrumentos de Recolha de Dados

Para a obtenção de dados pertinentes e adequados para a realização do estudo, contemplando os objetivos propostos, surge a necessidade de recolher dados variados. Primeiramente, dados sociodemográficos dos estudantes e características do ensino clínico, e, em segundo plano, questionado aos estudantes quais as principais situações indutoras de stresse em ensino clínico e as principais estratégias de *coping* utilizadas nesses momentos. Para os dois primeiros, foram criados dois questionários básicos de encontro com a necessidade e pertinência. Os dois últimos, referentes às situações indutoras de stresse e estratégias de *coping*, foram utilizados a Escala de Situações Indutoras de Stresse em Ensino Clínico de Enfermagem (ESISECE) e o Questionário de Estratégias de *Coping* (QEC).

13.1. Caracterização Sociodemográfica dos Estudantes em Ensino Clínico

Na caracterização básica dos estudantes participantes (Anexo II) são questionados diversos dados, tais como: sexo, idade (em anos completos), o ano de curso (ano em que está inscrito em mais unidades curriculares), se deslocação de residência para a realização do curso, se trabalhador estudante, com indicação do tipo de horário e número de horas realizadas semanalmente em caso afirmativo, indicação do principal suporte emocional (família, companheiro(a)/namorado(a)/cônjuge, amigo(a), colega, nenhum ou outro) e a satisfação com o curso (escala de diferencial semântico, em que 1 traduz “Nada satisfeito” e 5 “Muito satisfeito”).

13.2. Caracterização do Ensino Clínico em Enfermagem

Para uniformizar a recolha de dados em termos comparativos, relativamente à caracterização do ensino clínico (Anexo II), foi solicitado aos estudantes que identificassem o ensino clínico que mais stresse desencadeou até ao momento de resposta, no qual estavam

à disposição de escolha todos os 11 diferentes ensinamentos clínicos, sendo que os correspondentes ao 3º ano do CLE da ESEP: Enfermagem Comunitária; Parentalidade e Gravidez; Saúde Familiar; Medicina; e Cirurgia; e do 4º ano: Obstetrícia; Pediatria; Saúde Mental e Psiquiatria; Cuidados Continuados na Comunidade; Internamento em Cuidados Continuados; e Opcional, no qual os estudantes são distribuídos por diversas especialidades de cuidados.

Com o intuito de se avaliar a percepção de stresse a que os estudantes se sentiram expostos, optou-se por se apresentar uma escala de diferencial semântico, devido à extensão resultante do questionário total no caso de se utilizar uma escala validada de avaliação de stresse. Sendo assim, num dos extremos, 1 corresponde “Nenhum” e 5 corresponde “Muito”.

Como acrescento, e com o intuito de perceber a contribuição para o nível de stresse sentido, foram colocadas mais duas questões, sendo que uma questão é referente à ordem de realização do ensino clínico referido como o mais stressante (1º a 6º lugar) e outra referente à duração média de tempo gasto na deslocação para esse mesmo ensino clínico, com as hipóteses de resposta: “Até 30 minutos”; “Entre 31 e 60 minutos”; e “Acima de 61 minutos”.

13.3. Escala de Situações Indutoras de Stresse

Para se conhecer as principais fontes de stresse dos estudantes em ensino clínico e se compreender que impacto têm no desenvolvimento da aprendizagem, utilizou-se a Escala de Situações Indutoras de Stress em Ensino Clínico em Enfermagem (ESISEC), elaborada por Custódio (2010), disponível no Anexo II. A sua construção tem por base uma revisão da literatura acerca do stresse experienciado pelos estudantes em ensino clínico e posterior *focus group* realizada com um grupo de estudantes em ensino clínico, finalizando com análise e discussão com duas especialistas na área de Enfermagem com experiência, essencialmente, de supervisão de estudantes em ensino clínico.

A Escala de Situações Indutoras de Stress em Ensino Clínico em Enfermagem apresenta um total de 49 itens, sendo que são agrupados, originalmente, em 5 diferentes tipos de situações indutoras de stresse, sendo as seguintes: orientação em ensino clínico de enfermagem com 14 itens (2, 9, 14, 18, 20, 22, 23, 25, 26, 29, 33, 41, 43 e 45); situações específicas de enfermagem com 12 itens (7, 10, 13, 15, 24, 28, 32, 34, 39, 40, 44 e 46); avaliação com 9 itens (27, 31, 35, 36, 37, 38, 42, 48 e 49); aspetos pessoais com 7 itens (1, 3, 5, 8, 12, 17 e 19); e gestão de tempo e trabalho com 7 itens (4, 6, 11, 16, 21, 30 e 47).

Aos estudantes foi solicitado que respondessem tendo por base 5 pontos de concordância por ordem crescente (1 a 5), em que: 1 - Discordo totalmente; 2 - Discordo; 3 - Não concordo nem discordo; 4 - Concordo; 5 - Concordo totalmente.

13.3.1. Estudo das propriedades psicométricas

Para a realização do estudo das propriedades psicométricas, precisamos de verificar alguns pressupostos. Relativamente ao número necessário da amostra, diversos autores apresentam diferentes argumentos, sendo que, neste estudo, nos seguiremos pelo apresentado por Tabachnick e Fidell (2001). Estas autoras afirmam que o tamanho da amostra (N) deverá ser igual, pelo menos, ao quádruplo do número de variáveis da escala. Posto isto, visto que a ESISECE apresenta 49 itens, o tamanho da amostra deverá ser de pelo menos 245 (5×49), e a amostra deste estudo é constituída exatamente por 245 estudantes, cumprindo o pressuposto referido.

Outras condições a verificar são se o valor de *Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy* (KMO) é igual ou superior a 0.6 e se a significância do teste da Esfericidade de Bartlett é igual ou inferior a 0.05. Neste estudo o valor de KMO é igual a 0.884 e a significância da esfericidade é igual a 0,000, demonstrando que os dados são adequados e que existe significância entre os mesmos. Assim, verificados os pressupostos, podemos realizar a análise fatorial dos itens, como descrito na tabela 3.

Tabela 3 - Propriedades psicométricas da ESISECE

Análise fatorial dos itens da ESISECE					
Fatores	Itens	Saturação	Valores Próprios	Variância Explicada	Variância Acumulada
Orientação em Ensino Clínico	33	,785	12,167	24,831 %	24,831 %
	14	,782			
	43	,777			
	45	,740			
	29	,717			
	41	,713			
	23	,710			
	9	,706			
	26	,704			
	22	,661			
	18	,651			
	31	,643			
	36	,590			
	25	,482			
	27	,395			
	48	,361			
	38	,342			
Situações Específicas de Enfermagem	24	,851	6,156	12,563 %	37,394 %
	7	,744			
	32	,728			
	46	,715			

	40	,711			
	15	,700			
	10	,676			
	13	,632			
	44	,618			
	28	,491			
Aspetos Pessoais	3	,704	2,924	5,967 %	43,361 %
	8	,676			
	12	,616			
	1	,604			
	5	,600			
	19	,594			
	49	,480			
	17	,442			
	2	,374			
Gestão de Tempo e Trabalho	21	,749	2,229	4,548 %	47,910 %
	30	,724			
	6	,704			
	16	,685			
	4	,669			
	47	,549			
	11	,486			
	20	,435			
Avaliação	34	,635	1,736	3,543 %	51,453 %
	37	,551			
	35	,550			
	42	,499			
	39	,493			

Como podemos analisar pelos dados resultantes da tabela 3, a análise fatorial com rotação varimax, permitiu extrair os mesmos 5 fatores da escala original (ESISECE), que explicam 51,5% da variância total dos dados, com alteração da alocação de alguns fatores. Assim, a “Orientação em Ensino Clínico”, com 24,8% da variância total, compõe-se pelos itens 9, 14, 18, 22, 23, 25, 26, 27, 29, 31, 33, 36, 38, 41, 43, 45 e 48, as quais representam situações decorrentes da orientação dos docentes e enfermeiros dos serviços de ensino clínico. As “Situações Específicas de Enfermagem”, com 12,6% da variância total, compõem-se pelos itens 7, 10, 13, 15, 24, 28, 32, 40, 44 e 46, sendo que representam situações inerentes à profissão em questão. Os “Aspetos Pessoais”, com 6% da variância total, integram os itens 1, 2, 3, 5, 8, 12, 17, 19 e 49, sendo que representam situações decorrentes das características pessoais dos estudantes. A “Gestão de Tempo e Trabalho”, com 4,5% da variância explicada total, integra os itens 4, 6, 11, 16, 20, 21, 30 e 47, que representam situações resultantes das capacidades dos estudantes na gestão de tempo e trabalho. Por fim, a “Avaliação”, com 3,5% da variância total, compõe-se pelos itens 34, 35, 37, 39 e 42, representando situações de avaliação de desempenho.

A escala, após análise fatorial, apresenta boa consistência interna para as diferentes subescalas, com coeficientes alfa de *Cronbach*: “Orientação Em Ensino Clínico” de .78; “Situações Específicas de Enfermagem” de .73; “Avaliação” de .68; “Aspectos Pessoais” de .72; e “Gestão de Tempo e Trabalho” de .75, demonstrando que é adequada a utilização da escala para a compreensão dos fatores indutores de stresse nos estudantes de enfermagem em ensino clínico.

13.4. Questionário de Estratégias de Coping

Com o objetivo de conhecer quais as estratégias de *coping* utilizadas pelos estudantes com o propósito de lidar com as situações indutoras de stresse provenientes do ensino clínico, utilizou-se o Questionário de Estratégias de Coping (QEC), disponível no Anexo II, adaptado por Pais-Ribeiro e Santos, em 2001, da versão *Ways of Coping Questionnaire* (WOC) de *Folkman e Lazarus* (1988) (Pais-Ribeiro & Santos, 2001). As propriedades psicométricas do QEC não são avaliadas neste estudo pelo facto do mesmo já estar validado para a população portuguesa e pela sua vasta utilização em diversos estudos. O instrumento tem como finalidade avaliar o modo como os estudantes lidam e/ou reagem a acontecimentos especificamente stressantes, através da identificação dos pensamentos e ações a que recorrem para lidar com os mesmos.

O QEC é constituído por 48 itens, os quais se distribuem por 8 diferentes subescalas de tipos de coping, nomeadamente: *coping* de autocontrolo, com 7 itens (6, 9, 25, 32, 42, 47 e 48); coping de procura de suporte social, com 7 itens (4, 12, 15, 20, 22, 31 e 34); coping de fuga-evitamento, com 7 itens (7, 23, 29, 36, 39, 44 e 45); coping de resolução planeada do problema, com 6 itens (1, 18, 28, 37, 38 e 41); coping de reavaliação positiva, com 7 itens (13, 16, 21, 26, 27, 43 e 46); coping de assumir responsabilidade, com 3 itens (5, 17 e 40); coping confrontativo, com 6 itens (2, 3, 11, 19, 24 e 35); e coping de distanciamento, com 5 itens (8, 10, 14, 30 e 33).

Sendo a construção do questionário e respetivos itens concebidos para serem respondidos tendo por base um acontecimento stressante específico, previamente ao preenchimento do questionário, foi solicitado aos estudantes focarem, como referência, as situações indutoras de maior stresse experienciado em ensino clínico até ao momento.

As respostas ao QEC são baseadas numa escala ordinal, de 0 a 3, sendo que quanto maior a pontuação, maior a frequência de utilização da referente estratégia: 0 - Nunca usei; 1 - Usei de alguma forma; 2 - Usei algumas vezes; 3 - Usei muitas vezes.

CAPÍTULO V - APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

14. Caracterização Sociodemográfica dos Estudantes

Ponderando os critérios de inclusão, a amostra do estudo é constituída por 245 estudantes da Escola Superior de Enfermagem do Porto, os quais apenas pertencem ao 3º e 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem por frequentarem os ensinos clínicos.

A caracterização sociodemográfica dos estudantes será feita através da análise do sexo, ano de curso (ano em que está inscrito em mais unidades curriculares), idade, estar ou não deslocado(a) de residência, ser ou não trabalhador estudante, principal suporte emocional e grau de satisfação com o curso.

A) Sexo e Ano de Curso

Tabela 4 - Distribuição pelo sexo e ano de curso

	Sexo					
Ano de curso	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
3º Ano	18	7,3	108	44,1	126	51,4
4º Ano	12	4,9	107	43,7	119	48,6
Total	30	12,2	215	87,8	245	100

Observando a tabela 4, podemos afirmar que 87,8% (215) dos estudantes inquiridos são do sexo feminino e os restantes 12,2% (30) do sexo masculino.

Relativamente ao ano do CLE, os estudantes inquiridos apresentam uma distribuição praticamente homogénea, pertencendo 51,4% (126) dos estudantes ao 3º ano e 48,6% (119) ao 4º ano. Do total de estudantes inquiridos, 7,3% (18) é do sexo masculino e frequenta o 3º ano e 4,9% (12) é do referente sexo e frequenta o 4º ano. Relativamente à distribuição dos estudantes, 44,1% (108) do total dos inquiridos é do sexo feminino e frequenta o 3º ano, enquanto 43,7% (107) pertence ao mesmo sexo e frequenta o 4º ano.

B) Idade

Tabela 5 - Distribuição pela idade

Idade	Número	Porcentagem
20	97	39,6
21	100	40,8
≥ 22	48	19,6
Total	245	100,0

Média Idade = 21,16 anos | Moda Idade = 21 anos

Relativamente à idade dos estudantes que constituem a amostra, como podemos observar na tabela 5, a mesma varia entre os 20 e 34 anos e a idade mais frequente são os 21 anos (moda), com representação de 40,8% (100), seguido de 39,6% (97) de estudantes com 20 anos e 19,6% (48) apresenta idades superiores a 22 anos.

C) Deslocação de residência

Tabela 6 - Distribuição pela deslocação de residência

Deslocação de residência	Número	Porcentagem
Não	167	68,2
Sim	78	31,8
Total	245	100,0

A maioria dos estudantes inquiridos, isto é 68,2% (167), não está deslocado da residência habitual para a realização do CLE, enquanto os restantes 31,8% (78) se encontram a residir fora da sua área, como apresentado na tabela 6.

D) Trabalhador estudante

Tabela 7 - Distribuição por trabalhador estudante

Trabalhador estudante	Número	Porcentagem
Não	222	90,6
Sim	23	9,4
Total	245	100,0

Podemos verificar na tabela 7 que 90,6% (222) dos estudantes inquiridos não tem atividade profissional paralela ao CLE, enquanto 9,4% (23) são trabalhadores estudantes.

E) Suporte emocional

Tabela 8 - Distribuição pelo suporte emocional

Suporte emocional	Número	Porcentagem
Família	134	54,7
Companheiro(a)/Namorado(a)/Cônjuge	70	28,6
Amigo(a)	38	15,5
Colega	0	0
Nenhum	3	1,2
Outro	0	0
Total	245	100,0

Tal como apresentado na tabela 8, concluímos que 54,7% (134) dos estudantes inquiridos identificam a família como principal fonte de suporte emocional; 28,6 % (70) elegem o(a) companheiro(a)/namorado(a)/cônjuge; e 15,5% (38) nomeiam o(a) amigo(a) para esse mesmo papel. No entanto, existe 1,2% (3) dos estudantes que não recorre a qualquer tipo de suporte emocional.

F) Satisfação com o curso

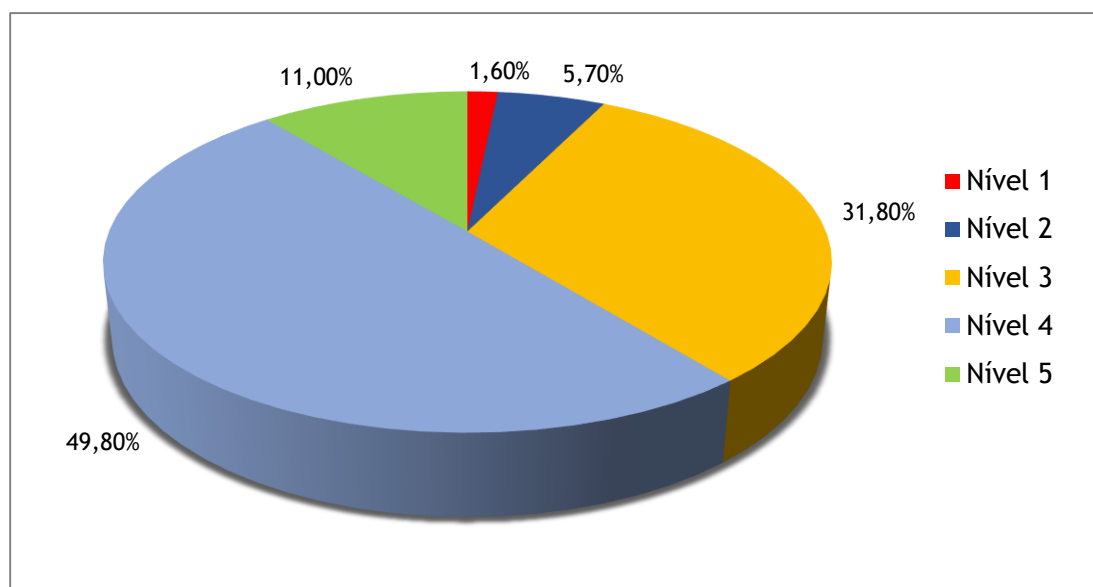
Tabela 9 - Distribuição pelo nível de satisfação com o curso

Nível de satisfação	Número	Porcentagem
1	4	1,6
2	14	5,7
3	78	31,8
4	122	49,8
5	27	11,0
Total	245	100,0

Verificamos na tabela 9 que a maioria dos estudantes está satisfeita com o curso pois apresentam níveis de satisfação elevados, com 11% (27) no nível 5 e 49,8% (122) no nível 4. Uma parte significativa, 31,8% (78), dos estudantes classifica em nível 3, enquanto 5,7% (14)

e 1,6% (4) consideram os níveis 2 e 1, respectivamente. De uma forma mais simples, podemos compreender o nível de satisfação com o curso através do gráfico 1.

Gráfico 1 - Percentagem de satisfação com o curso



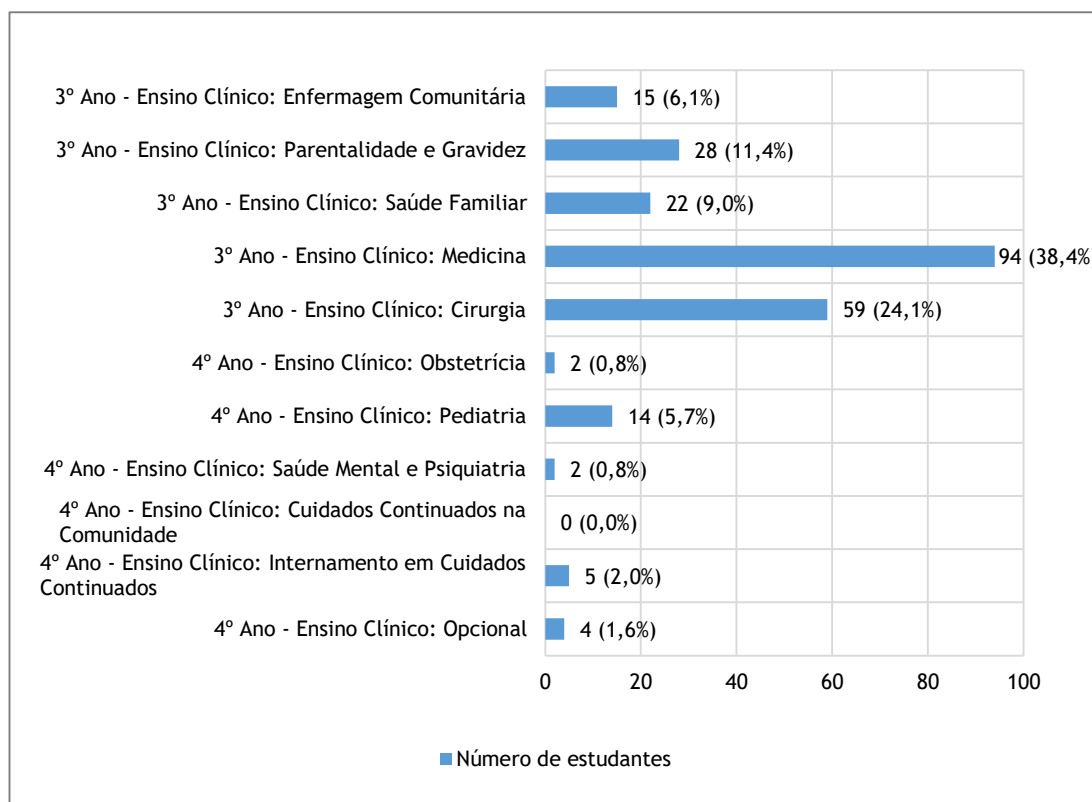
15. Caracterização do Ensino Clínico em Enfermagem

Com o intuito de compreender, de forma mais específica, algumas fontes gerais de stresse, foram colocadas algumas questões aos estudantes acerca do ensino clínico. Para a sua caracterização, foi solicitado aos estudantes que identificassem o ensino clínico que mais stresse desencadeou até ao momento e qual o nível de stresse percecionado, a ordem de realização do mesmo e o tempo de deslocação gasto de casa até ao local de realização desse ensino clínico.

A) Ensino Clínico stressante

Como apresentado no gráfico 2, os estudantes inquiridos identificam o Ensino Clínico: Medicina, realizado no 3º ano do CLE, como o mais desencadeador de stresse, com 38,4% (94). De seguida, o Ensino Clínico: Cirurgia, também pertencente ao plano curricular do 3º ano do CLE, apresenta uma expressiva percentagem de 24,1% (59) de identificação como mais stressante. O Ensino Clínico: Cuidados Continuados na Comunidade, pertencente ao 4º ano do CLE, demonstra ser o menos potenciador de stresse, com 0 respostas dos estudantes inquiridos.

Gráfico 2 - Distribuição pelo ensino clínico considerado mais stressante



Pela análise do gráfico 2, podemos afirmar que, pelo menos, 69,8% (171) das considerações do ensino clínico mais stressante recaiu sobre ensinos clínicos realizados em contexto hospitalar, integrando Medicina e Cirurgia do 3º ano do CLE e Obstetrícia, Pediatria e Saúde Mental e Psiquiatria do 4º ano. Assim, cerca de 28,5% (70), pelo menos, são referentes a ensinos clínicos realizados no meio comunitário. O Ensino Clínico: Opcional na ESEP, considerado em 1,6% (4) das opções, pode ser realizado tanto em meio hospitalar como comunitário, daí a sua não integração em nenhuma das referências.

B) Nível de stresse

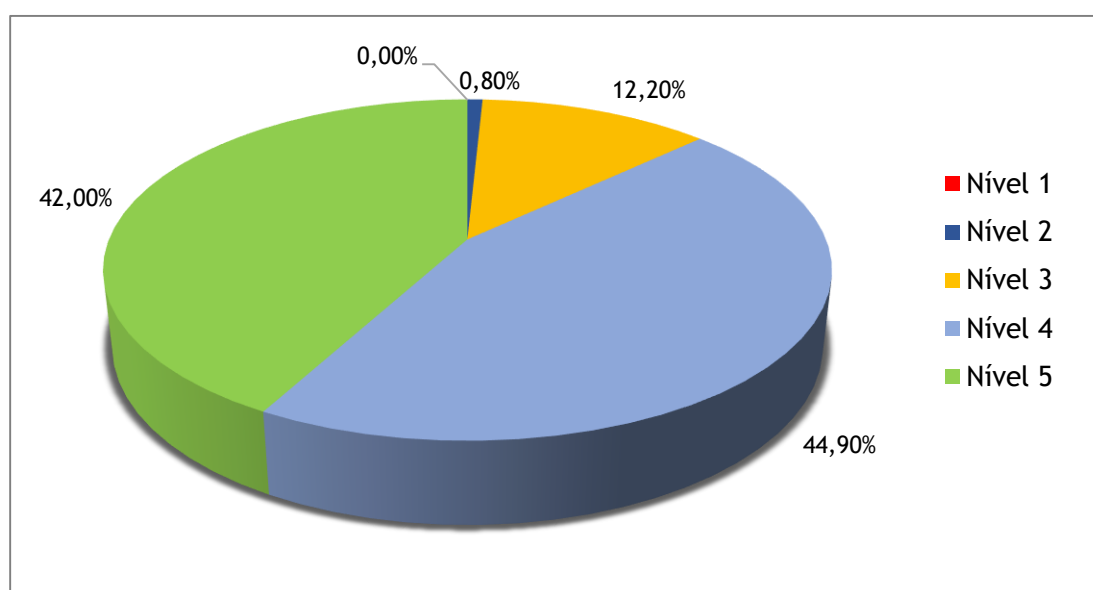
Tabela 10 - Distribuição pelo nível de stresse

Nível de stresse	Número	Porcentagem
1	0	0,0
2	2	0,8
3	30	12,2
4	110	44,9
5	103	42,0
Total	245	100,0

Devido à longa extensão do questionário apresentado aos estudantes, com o intuito de conhecer o nível de stresse percebido pelos mesmos, optou-se por se apresentar uma escala tipo *Likert*, de 1 a 5, em que 1 traduz “Nenhum” stresse e 5 traduz “Muito” stresse, referente ao ensino clínico identificado como o mais stressante.

Através da observação da tabela 10 e do gráfico 3, podemos depreender que 44,9% (110) e 42,0% (103) dos estudantes inquiridos apresentam níveis de stresse 4 e 5, respetivamente, o que demonstra uma perceção de altos níveis de stresse. Nenhum estudante referiu perceber “Nenhum” nível de stresse no ensino clínico considerado como o mais stressante.

Gráfico 3 - Percentagem dos níveis de stresse



C) Ordem do Ensino Clínico

Tabela 11 - Distribuição pela ordem de realização do ensino clínico mais stressante

Ordem de realização	Número	Percentagem
1º Lugar	85	34,7
2º Lugar	89	36,3
3º Lugar	38	15,5
4º Lugar	14	5,7
5º Lugar	11	4,5
6º Lugar	8	3,3
Total	245	100,0

Verificamos que o ensino clínico considerado mais stressante, como apresentado na tabela 11, em 34,7% (85) dos casos foi realizado em 1º lugar no referente ano letivo e 36,3% (89) em 2º lugar. Acrescentamos que apenas 3,3% (8) dos estudantes refere ter realizado o ensino clínico em 6º lugar.

D) Tempo de deslocação

Tabela 12 - Distribuição pelo tempo de deslocação para o ensino clínico mais stressante

Tempo de deslocação	Número	Percentagem
Até 30 minutos	92	37,6
Entre 31 minutos e 60 minutos	103	42,0
Acima de 61 minutos	50	20,4
Total	245	100,0

Com a análise da tabela 12, podemos afirmar que 42,0% (103) dos estudantes gasta na deslocação para o ensino clínico considerado mais stressante, em média, entre 31 e 60 minutos. Cerca de 37,6% (92) dos estudantes refere demorar até 30 minutos para o ensino clínico, enquanto 20,4% (50) demora mais do que 61 minutos na sua deslocação.

16. Situações Indutoras de Stresse em Ensino Clínico de Enfermagem

Por forma a avaliar e diferenciar as diversas fontes de stresse reconhecidas pelos estudantes em ensino clínico, optou-se pela utilização da Escala de Situações Indutoras de Stress em Ensino Clínico de Enfermagem (ESISECE) devido à sua complexidade de situações apresentadas que poderão desenvolver momentos de tensão nos estudantes.

São apresentadas diversas afirmações que descrevem situações do contexto da prática, sendo que são agrupadas em diferentes áreas de proveniência de stresse, tais como: orientação em ensino clínico de enfermagem; situações específicas de enfermagem; avaliação; aspetos pessoais; e gestão de tempo e trabalho.

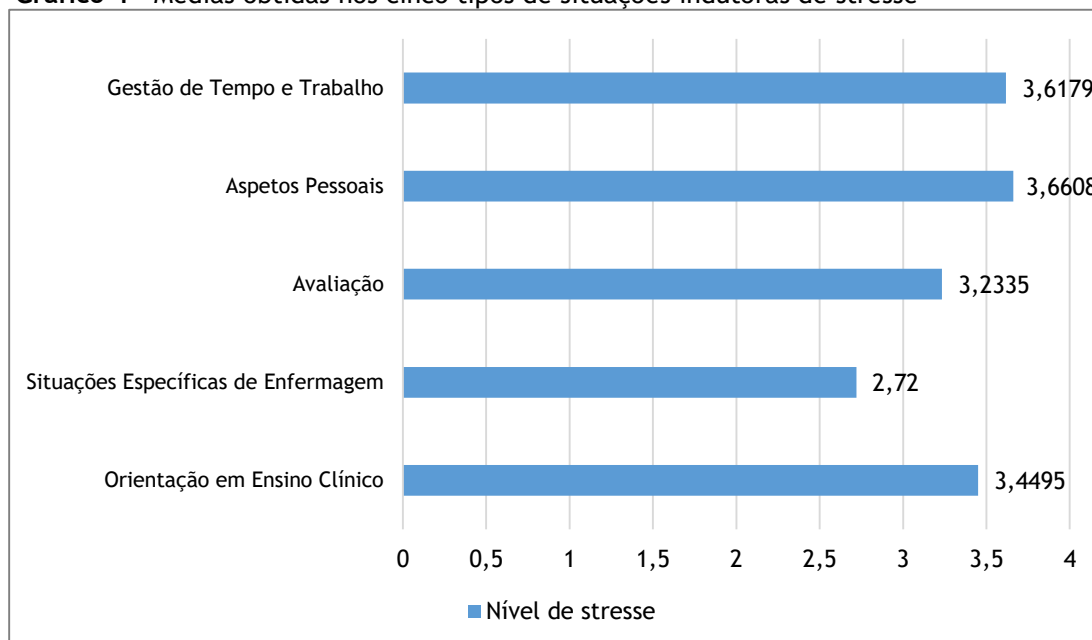
De um modo descritivo, podemos analisar o tipo de situações indutoras de stresse, pelo seu agrupamento, bem como individualmente a sua incidência nos estudantes de enfermagem. Posto isto, optamos por avaliar a média (\bar{x}) de resposta obtida em cada uma das situações indutoras stresse, e dentro destas quais as médias de resposta em cada um dos seus itens, para compreendermos a sua presença no decorrer do ensino clínico. Assim, podemos afirmar que quanto maior o valor da média (entre 1 e 5), maior a relevância dessas situações indutoras de stresse para os estudantes.

Tabela 13 - Tipos de situações indutoras de stresse

Tipo de situações indutoras stresse	Média (\bar{x})	Desvio-Padrão (σ)
Orientação em Ensino Clínico	3,4495	,79345
Situações Específicas de Enfermagem	2,7200	,82773
Avaliação	3,2335	,82483
Aspetos Pessoais	3,6608	,66562
Gestão de Tempo e Trabalho	3,6179	,72381

Verificamos, tal como apresentado na tabela 13, que as situações geradoras de maior stresse nos estudantes em ensino clínico do CLE estão relacionadas com os aspetos pessoais ($\bar{x}=3,66$; $\sigma=0,67$), seguido de situações relacionadas com a gestão de tempo e trabalho ($\bar{x}=3,62$; $\sigma=0,72$) e de questões centradas na orientação em ensino clínico ($\bar{x}=3,45$; $\sigma=0,79$). As situações decorrentes das situações específicas de enfermagem demonstram não serem tão relevantes para o desenvolvimento de stresse para os estudantes ($\bar{x}=2,72$; $\sigma=0,83$). Os valores médios obtidos nos cinco tipos de situações indutoras de stresse encontram-se no gráfico 4.

Gráfico 4 - Médias obtidas nos cinco tipos de situações indutoras de stresse



De forma específica, através da leitura da tabela presente no Anexo III, os estudantes identificaram com média superior a 4 as seguintes afirmações referentes a situações indutoras de stresse: “O cansaço psicológico derivado do ensino clínico”; “A discrepância entre a formação adquirida na escola e a realidade da prática profissional”; “A perceção

de que poderia ter tido um melhor desempenho”; “O medo de cometer erros”; e “O sentir que estou a ser observado(a)”. Destas afirmações, três delas (itens 5, 19 e 49) reportam-se à situação indutora de stresse Aspetos Pessoais, uma é referente à Gestão de Tempo e Trabalho (item 6) e uma última referente à Orientação em Ensino Clínico (item 48).

Destacamos ainda as afirmações referentes a situações indutoras de stresse com média inferior a 3 e que como tal parecem ser as que menos contribuem para o stresse em ensino clínico: “Não conseguir estabelecer uma relação de empatia com os doentes”; “A comunicação com os doentes/utentes”; “O ter de prestar cuidados a doentes em fase terminal”; “A comunicação com a família dos doentes/utentes”; e “A falta de recursos humanos no serviço”. Destas afirmações verificamos que todas se referem à situação indutora de stresse Situações Específicas de Enfermagem.

Relativamente à descrição das situações específicas que induzem stresse nos estudantes, optamos por utilizar a média ponderada (MP) na apresentação dos resultados. A MP ajuda-nos a compreender, consoante o seu valor, de que forma a referente situação indutora de stresse é relevante para o estudante em ensino clínico. Assim, afirmamos que quanto maior o valor da MP, mais significativa é a respetiva situação para os estudantes.

16.1. Orientação em Ensino Clínico

A orientação em ensino clínico é uma das áreas referidas como fonte de stresse nos estudantes, a qual agrupa diversos itens como apresentado na tabela 14.

Tabela 14 - Orientação em ensino clínico

Situações indutoras de stresse referentes à orientação em ensino clínico	1	2	3	4	5	MP
A falta de feedback por parte dos orientadores do local de ensino clínico (item 9)	19	33	60	77	56	3,45
A falta de orientação dos professores (item 14)	18	51	64	63	49	3,30
O desconhecimento dos orientadores do local de ensino clínico relativamente ao currículo do curso (item 18)	46	50	63	53	33	2,91
O receber orientações contraditórias entre orientador do ensino clínico e professor (item 22)	13	21	34	81	96	3,92
O desconhecimento por parte dos orientadores do local de ensino clínico relativamente ao nível de conhecimentos dos alunos (item 23)	18	27	65	84	51	3,50
A comunicação com os orientadores do serviço (item 25)	28	50	71	75	21	3,04
O desconhecimento por parte dos orientadores do local de ensino clínico relativamente aos objetivos do ensino clínico (item 26)	37	57	76	56	19	2,85
O facto de ser chamado à atenção/criticado na presença de terceiros (item 27)	15	29	24	83	94	3,87

A falta de apoio dos orientadores do local de estágio (item 29)	24	53	43	69	56	3,33
A perceção de injustiça relativamente à avaliação (item 31)	11	19	33	93	89	3,94
A falta de orientação dos orientadores do local de estágio (item 33)	25	55	51	73	41	3,20
O estar num serviço onde se sente que os alunos não são bem acolhidos (item 36)	27	29	36	61	92	3,66
O não saber até que ponto posso tomar iniciativas (item 38)	9	21	38	95	82	3,90
O desconhecimento dos orientadores do local de ensino clínico relativamente às normas de avaliação (item 41)	33	58	76	57	21	2,90
A falta de apoio dos professores (item 43)	27	43	45	78	52	3,35
A falta de feedback por parte dos professores (item 45)	29	30	60	80	46	3,34
A discrepância entre a formação adquirida na Escola e a realidade da prática profissional (item 48)	1	10	37	100	97	4,15

Como observamos na tabela 14, podemos afirmar, através da respetiva MP, que “A *discrepância entre a formação adquirida na Escola e a realidade da prática profissional*” (item 48, MP=4,15) e “A *perceção de injustiça relativamente à avaliação*” (item 31, MP=3,94), demonstram ser as duas principais situações, decorrentes da orientação em ensino clínico, promotoras de stresse nos estudantes. Por outro lado, “O *desconhecimento por parte dos orientadores do local de ensino clínico relativamente aos objetivos do ensino clínico*” (item 26, MP=2,85) e “(...) *relativamente às normas de avaliação*” (item 41, MP=2,90) demonstram ser as situações menos preocupantes para os estudantes no contexto prático.

16.2. Situações Específicas de Enfermagem

As situações específicas de Enfermagem demonstram ser uma das áreas referidas como fonte de stresse nos estudantes, grupo de diversos itens como apresentado na tabela 15.

Tabela 15 - Situações específicas de enfermagem

Situações indutoras de stresse referentes às situações específicas de Enfermagem	1	2	3	4	5	MP
O ter de lidar com os sentimentos dos doentes (item 7)	40	66	77	45	17	2,73
A comunicação com os doentes/utentes (item 10)	62	73	63	41	6	2,41
A perceção de preparação inadequada para ajudar emocionalmente o doente e a família (item 13)	18	47	56	103	21	3,25
O ter de executar procedimentos dolorosos aos doentes (item 15)	45	60	75	54	11	2,70
O ter de lidar com os sentimentos dos familiares dos doentes/utentes (24)	44	70	78	42	11	2,62
A responsabilidade por outras pessoas (item 28)	19	35	61	101	29	3,35

O ter de prestar cuidados a doentes em fase terminal (item 32)	62	61	74	38	10	2,48
A comunicação com a família dos doentes/utentes (item 40)	42	75	81	44	3	2,56
Não conseguir estabelecer uma relação de empatia com os doentes (item 44)	69	68	64	39	5	2,36
O confronto com o agravamento da situação clínica dos doentes (item 46)	45	57	68	65	10	2,75

Tal como apresentado na tabela 15, os estudantes referem que “*A responsabilidade por outras pessoas*” (item 28, MP=3,35) e “*A perceção de preparação inadequada para ajudar emocionalmente o doente e a família*” (item 13, MP=3,25) são duas situações que os estudantes, relativamente à especificidade da profissão, identificam como maiores potenciadoras de stresse em ensino clínico. Contrariamente, os estudantes referem que o facto de “*Não conseguir estabelecer uma relação de empatia com os doentes*” (item 44, MP=2,36) e “*A comunicação com os doentes/utentes*” (item 10, MP=2,41), são duas questões não tão relevantes no processo de vivência de stresse.

16.3. Avaliação

A avaliação do ensino clínico demonstra, através da bibliografia, ser uma das principais áreas referidas como fonte de stresse nos estudantes, a qual agrupa diversos itens como apresentado na tabela 16.

Tabela 16 - Avaliação

Situações indutoras de stresse referentes à avaliação	1	2	3	4	5	MP
O ter de assumir responsabilidade (item 34)	33	60	61	73	18	2,93
O ser alvo de críticas negativas (item 35)	20	38	66	83	38	3,33
O grau de exigência dos orientadores do local de ensino clínico (item 37)	15	40	52	94	44	3,46
A comunicação com outros profissionais (item 39)	31	65	74	62	13	2,84
O grau de exigência dos professores (item 42)	14	26	52	103	50	3,61

Como podemos observar na tabela 16, relativamente às situações decorrentes do processo de avaliação, os estudantes referem que “*O grau de exigência dos professores*” (item 42, MP=3,61) e “*(...) dos orientadores do local de ensino clínico*” (item 37, MP=3,46) são as principais promotoras de stresse. Em sentido inverso, “*A comunicação com outros*

profissionais” (item 39, MP=2,84) não consta ser uma das principais situações indutoras de stresse para os estudantes.

16.4. Aspetos Pessoais

Um dos fatores descritos como fonte de stresse nos estudantes são os aspetos pessoais, o qual agrupa diversos itens como apresentado na tabela 17.

Tabela 17 - Aspetos pessoais

Situações indutoras de stresse referentes aos aspetos pessoais	1	2	3	4	5	MP
A realização de um procedimento técnico pela primeira vez (item 1)	10	22	47	120	46	3,69
O estar em ensino clínico com um professor que desconheço ou conheço mal (item 2)	20	25	60	93	47	3,50
A falta de autoconfiança/insegurança (item 3)	15	29	49	104	48	3,58
O sentir que estou a ser observado (item 5)	4	11	36	110	84	4,06
A minha inexperiência (item 8)	7	18	58	108	54	3,75
O possuir pouca destreza técnica (item 12)	18	43	60	96	28	3,30
A falta de conhecimentos técnicos (item 17)	22	75	65	62	21	2,94
O medo de cometer erros (item 19)	4	17	25	113	86	4,06
A perceção de que poderia ter tido um melhor desempenho (item 49)	6	4	37	117	81	4,07

De forma geral, os estudantes referem, segundo a tabela 17, que “*A perceção de que poderia ter tido um melhor desempenho*” (item 49, MP=4,07), “*O sentir que estou a ser observado*” (item 5, MP=4,06) e “*O medo de cometer erros*” (item 19, MP=4,06), são as três principais situações indutoras de stresse, referente aos aspetos pessoais dos mesmos. “*A falta de conhecimentos técnicos*” (item 17, MP=2,94) e “*O possuir pouca destreza técnica*” (item 12, MP=3,30) são duas situações que os estudantes afirmam serem menos potenciadoras de stresse no contexto prático.

16.5. Gestão de Tempo e Trabalho

A gestão de tempo e trabalho em ensino clínico demonstra ser uma das áreas referidas como fonte de stresse nos estudantes, a qual agrupa diversos itens como apresentado na tabela 18.

Tabela 18 - Gestão de tempo e trabalho

Situações indutoras de stresse referentes à gestão de tempo e trabalho	1	2	3	4	5	MP
A sobrecarga de tarefas a realizar (item 4)	3	27	41	109	65	3,84
O cansaço psicológico derivado do ensino clínico (item 6)	3	17	18	103	104	4,18
A pressão em termos de tempo para realizar determinada atividade (item 11)	8	33	39	105	60	3,72
A subcarga de tarefas a realizar (item 16)	13	35	42	94	61	3,63
A falta de recursos humanos no serviço (item 20)	46	69	85	31	14	2,58
O cansaço físico derivado do ensino clínico (item 21)	6	15	43	92	89	3,99
O número de horas de trabalho por semana em ensino clínico (item 30)	13	38	53	78	63	3,57
O tipo de horário no ensino clínico (fixo, rotativo, trabalho por turnos) (item 47)	23	30	57	89	46	3,43

Por fim, tal como apresentado na tabela 18, os estudantes demonstram que “*O cansaço psicológico derivado do ensino clínico*” (item 6, MP=4,18), bem como “*O cansaço físico (...)*” (item 21, MP=3,99), são os principais fatores indutores de stresse, referentes à gestão de tempo e trabalho em ensino clínico. Em contrário, “*A falta de recursos humanos no serviço*” (item 20, MP=2,58) demonstra ser uma situação menos preocupante para os estudantes.

17. Estratégias de Coping

Relativamente ao instrumento de recolha de dados das estratégias de *coping* utilizadas pelos estudantes de enfermagem, tal como referido anteriormente, utilizamos o Questionário de Estratégias de *Coping* (QEC).

Pelos motivos apresentados anteriormente, referentes à vasta utilização deste questionário e validado para a população portuguesa, optamos por realizar o nosso estudo utilizando as diferentes 8 categorias de tipos de estratégias de *coping* sugeridas pelos autores.

Tal como o processo de análise descritiva aplicado na ESISECE, na especificação dos tipos de estratégias de *coping*, optamos por apresentar os dados da média ponderada das referentes estratégias para compreender a aplicabilidade, por parte dos estudantes, em ensino clínico de enfermagem.

Com o intuito de conhecer e avaliar o tipo de estratégias de *coping* adotadas pelos estudantes em momentos de stresse em ensino clínico, utilizou-se o Questionário de Estratégias de *Coping* (QEC) devido à sua amplitude e pertinência.

As afirmações são agrupadas consoante o tipo de estratégia, tais como: *coping* de autocontrolo; *coping* de procura de suporte social; *coping* de fuga e evitamento; *coping* de resolução planeada do problema; *coping* de reavaliação positiva; *coping* de assumir a responsabilidade; *coping* confrontativo; e *coping* de distanciamento.

Tabela 19 - Tipos de estratégias de *coping*

Tipos de estratégias de <i>coping</i>	Média (\bar{x})	Desvio-Padrão (σ)
Autocontrolo	1,5913	,49312
Procura de Suporte Social	1,7913	,51677
Fuga e Evitamento	0,6840	,54144
Resolução Planeada do Problema	1,6837	,55855
Reavaliação Positiva	1,4309	,58416
Assumir a Responsabilidade	2,1143	,59107
<i>Coping</i> Confrontativo	0,9367	,46943
Distanciamento	0,9078	,47510

Como apresentado na tabela 19, os estudantes em ensino clínico do CLE utilizam preferencialmente estratégias de *coping* do tipo assumir a responsabilidade ($\bar{x}=2,11$; $\sigma=0,59$), seguido de procura de suporte social ($\bar{x}=1,79$; $\sigma=0,52$) e de resolução planeada do problema ($\bar{x}=1,68$; $\sigma=0,56$). Os comportamentos de fuga e evitamento não são tão mobilizados pelos estudantes para diminuir as situações de stresse ($\bar{x}=0,68$; $\sigma=0,54$).

Os estudantes referem, como apresentado na tabela apresentada no Anexo IV, as seguintes estratégias de *coping* como mais utilizadas: “*Critiquei-me ou analisei-me a mim próprio(a)*”; “*Falei com alguém para saber mais sobre a situação*”; “*Mudei ou cresci como pessoa de forma positiva*”; “*Pensei para mim próprio(a) naquilo que iria dizer ou fazer*”; e “*Concentrei-me apenas naquilo que ia fazer a seguir - no próximo passo*”.

Os estudantes revelam as seguintes estratégias como as menos utilizadas: “*Fiz algo muito arriscado*”; “*Passei o problema para os outros*”; “*Recusei acreditar que a situação tinha acontecido*”; “*Deixei-me andar como se nada tivesse acontecido*”; e “*Esperei que acontecesse um milagre*”.

17.1. Autocontrolo

Um dos tipos de estratégias de *coping* é o autocontrolo, o qual agrupa diversos itens como apresentado na tabela 20.

Tabela 20 - Autocontrolo

Estratégias de <i>coping</i> referentes ao autocontrolo	Escala de avaliação				
	0	1	2	3	MP
Tentei não me fechar sobre o problema, mas deixar as coisas abertas de alguma forma (item 6)	21	87	97	40	1,64
Tentei guardar para mim próprio(a) o que estava a sentir (item 9)	55	80	52	58	1,46
Tentei não agir depressa demais nem seguir o meu primeiro impulso (item 25)	48	69	78	50	1,53
Evitei que os outros se apercebessem da gravidade da situação (item 32)	75	84	59	27	1,16
Tentei evitar que os meus sentimentos interferissem demasiado noutras coisas (42)	15	69	102	59	1,84
Pensei para mim próprio(a) naquilo que iria dizer ou fazer (item 47)	10	36	107	92	2,15
Pensei na forma como uma pessoa que eu admiro iria lidar com a situação e usei-a como modelo (item 48)	73	56	68	48	1,37

Como podemos observar na tabela 20, os estudantes referem utilizar, maioritariamente, as estratégias “*Pensei para mim próprio(a) naquilo que iria dizer ou fazer*” (item 47, MP=2,15) e “*Tentei evitar que os meus sentimentos interferissem demasiado noutras coisas*” (item 42, MP=1,84) em situações de stresse, referentes ao tipo de estratégias de *coping* de autocontrolo. Porém, referem que “*Evitei que os outros se apercebessem da gravidade da situação*” (item 32, MP=1,16) é uma estratégia menos utilizada.

17.2. Procura de Suporte Social

A procura de suporte social demonstra ser um dos tipos de estratégias de *coping*, sendo que a mesma agrupa diversos itens como apresentado na tabela 21.

Tabela 21 - Procura de suporte social

Estratégias de <i>coping</i> referentes à procura de suporte social	0	1	2	3	MP
Falei com alguém para saber mais sobre a situação (item 4)	7	33	79	126	2,32
Aceitei que fossem simpáticos e compreensivos comigo (item 12)	13	57	109	66	1,93
Procurei ajuda de um profissional (item 15)	99	40	48	58	1,27
Percebi que o problema estava agora nas minhas mãos (item 20)	34	93	89	29	1,46
Falei com alguém que poderia fazer alguma coisa concreta em relação ao problema (item 22)	44	55	91	55	1,64
Pedi conselhos a um familiar ou amigo que respeito (item 31)	19	46	89	91	2,03
Falei com alguém sobre como me estava a sentir (item 34)	17	71	79	78	1,89

Os estudantes referem, tal como descrito na tabela 21, que utilizam “*Falei com alguém para saber mais sobre a situação*” (item 4, MP=2,32) e “*Pedi conselhos a um familiar ou amigo que respeito*” (item 31, MP=2,03), como as principais estratégias do tipo de procura de suporte social. Em contradição, dentro do mesmo tipo de estratégias, os estudantes demonstram utilizarem menos a estratégia “*Procurei ajuda de um profissional*” (item 15, MP=1,27).

17.3. Comportamentos de Fuga e Evitamento

Apesar de os comportamentos de fuga serem utilizados com menor frequência, a sua análise torna-se pertinente, através da descrição da tabela 22.

Tabela 22 - Comportamentos de fuga e evitamento

Estratégias de <i>coping</i> referentes a comportamentos de fuga e evitamento	0	1	2	3	MP
Esperei que acontecesse um milagre (item 7)	193	26	12	14	0,38
Tentei sentir-me melhor comendo, bebendo, fumando, usando drogas ou medicamentos, etc. (item 23)	158	42	27	18	0,61
Evitei estar com as pessoas em geral (item 29)	158	51	26	10	0,54
Passei o problema para os outros (item 36)	216	23	3	3	0,16

Recusei acreditar que a situação tinha acontecido (item 39)	197	36	9	3	0,26
Desejei que a situação desaparecesse ou que de alguma forma terminasse (item 44)	48	78	51	68	1,57
Desejei que as coisas voltassem atrás (item 45)	71	82	45	47	1,28

Apesar de serem estratégias de *coping* menos utilizadas, do tipo de estratégias referentes a comportamentos de fuga e evitamento, pela observação da tabela 22, podemos afirmar que os estudantes utilizam, principalmente, as estratégias “*Desejei que a situação desaparecesse ou que de alguma forma terminasse*” (item 44, MP=1,57) e/ou “*(...) que as coisas voltassem atrás*” (item 45, MP=1,28). Do referente género de estratégias, os estudantes demonstram utilizar, minoritariamente, a estratégia “*Passei o problema para os outros*” (item 36, MP=0,16).

17.4. Resolução Planeada do Problema

A resolução planeada do problema apresenta maior relevância quanto à sua utilização pelos estudantes em ensino clínico, tal como descrito na tabela 23.

Tabela 23 - Resolução planeada do problema

Estratégias de <i>coping</i> referentes à resolução planeada do problema	0	1	2	3	MP
Concentrei-me apenas naquilo que ia fazer a seguir, no próximo passo (item 1)	6	48	104	87	2,11
Construí um plano de ação e segui-o (item 18)	37	70	93	45	1,60
Mudei algo para que as coisas corressem bem (item 28)	15	59	134	37	1,79
Aproveitei as minhas experiências passadas; já estive envolvido(a) em situações semelhantes (item 37)	75	81	59	30	1,18
Eu sabia o que devia ter feito, por isso redobrei os meus esforços para que as coisas corressem bem (item 38)	21	52	111	61	1,87
Criei várias soluções diferentes para o problema (item 41)	27	88	95	35	1,56

Os estudantes inquiridos referem utilizar uma resolução planeada face ao problema, predominantemente através das estratégias apresentadas na tabela 23: “*Concentrei-me apenas naquilo que ia fazer a seguir, no próximo passo*” (item 1, MP=2,11) e “*Eu sabia o que devia ter feito, por isso redobrei os meus esforços para que as coisas corressem bem*” (item 38, MP=1,87). Do mesmo tipo de estratégias de *coping*, os estudantes demonstram

utilizar menos a estratégia “*Aproveitei as minhas experiências passadas; já estive envolvido(a) em situações semelhantes*” (item 37, MP=1,18).

17.5. Reavaliação Positiva

A reavaliação positiva acerca dos momentos de stresse decorrentes é um outro tipo de estratégia de *coping* utilizado pelos estudantes em ensino clínico, utilização essa representada na tabela 24.

Tabela 24 - Reavaliação positiva

Estratégias de <i>coping</i> referentes à reavaliação positiva	0	1	2	3	MP
Eu estava inspirado(a) em fazer algo criativo (item 13)	95	79	60	11	0,95
Mudei ou cresci como pessoa de forma positiva (item 16)	8	45	87	105	2,18
Saí desta experiência melhor do que estava antes (item 21)	35	50	84	76	1,82
Consegui mostrar o que sentia (item 26)	64	94	63	24	1,19
Redescobri o que é importante na vida (item 27)	67	76	66	36	1,29
Mudei alguma coisa em mim próprio(a) (item 43)	31	81	89	44	1,60
Rezei (item 46)	119	45	45	36	0,99

Tal como apresentado na tabela 24, os estudantes demonstram utilizar, dentro do tipo referente à reavaliação positiva, as estratégias “*Mudei ou cresci como pessoa de forma positiva*” (item 16, MP=2,18) e “*Saí desta experiência melhor do que estava antes*” (item 21, MP=1,82). No entanto, demonstram utilizar, menos vezes, as estratégias “*Eu estava inspirado(a) em fazer algo criativo*” (item 13, MP=0,95) e “*Rezei*” (item 46, MP=0,99).

17.6. Assumir a Responsabilidade

Assumir a responsabilidade perante os problemas ocorridos demonstra ser uma das estratégias de *coping* mais utilizada pelos estudantes, tendo como possibilidade de análise a tabela 25.

Tabela 25 - Assumir a responsabilidade

Estratégias de <i>coping</i> referentes a assumir a responsabilidade	0	1	2	3	MP
Critiquei-me ou analisei-me a mim próprio(a) (item 5)	2	14	85	144	2,51
Pedi desculpa ou fiz algo para compor a situação (item 17)	21	43	100	81	1,98
Prometi a mim próprio(a) que as coisas para a próxima seriam diferentes (item 40)	18	73	83	71	1,84

Como podemos observar na tabela 25, os estudantes demonstram assumir a responsabilidade em momentos de stresse através, essencialmente, de “*Critiquei-me ou analisei-me a mim próprio(a)*” (item 5, MP=2,51) e, em sentido contrário, menos vezes, a estratégia “*Prometi a mim próprio(a) que as coisas para a próxima seriam diferentes*” (item 40, MP=1,84).

17.7. *Coping* Confrontativo

Ser confrontativo nos momentos de stresse é um outro tipo de estratégia de *coping*, representado na tabela 26.

Tabela 26 - Coping confrontativo

Estratégias de <i>coping</i> referentes ao <i>coping</i> confrontativo	0	1	2	3	MP
Fiz algo que pensei que não iria resultar, mas pelo menos fiz alguma coisa (item 2)	114	77	46	8	0,79
Tentei encontrar a pessoa responsável para mudar a sua opinião (item 3)	86	82	59	18	1,04
Exprimi a minha zanga à(s) pessoa(s) que me causou(aram) o problema (item 11)	135	76	27	7	0,62
Consegui mostrar o que sentia (item 19)	43	102	69	31	1,36
Fiz algo muito arriscado (item 24)	226	13	3	3	0,11
Mantive a minha posição e lutei pelo que queria (item 35)	16	95	79	55	1,71

Relativamente ao tipo de estratégias de *coping* confrontativo, referido na tabela 26, os estudantes utilizam, maioritariamente, “*Mantive a minha posição e lutei pelo que queria*” (item 35, MP=1,71) e “*Consegui mostrar o que sentia*” (item 19, MP=1,36). Em sentido

inverso, os estudantes referem utilizar, em número inferior de vezes, “*Fiz algo muito arriscado*” (item 24, MP=0,11).

17.8. Distanciamento

Por último, um outro tipo de estratégia de *coping* utilizada pelos estudantes em ensino clínico é o distanciamento, com a sua representação na tabela 27.

Tabela 27 - Distanciamento

Estratégias de <i>coping</i> referentes ao distanciamento	0 1 2 3 MP				
	0	1	2	3	MP
Deixei-me andar como se nada tivesse acontecido (item 8)	189	42	11	3	0,30
Tentei olhar para os pontos mais favoráveis do problema (item 10)	19	96	96	34	1,59
Tentei esquecer tudo (item 14)	93	82	41	29	1,02
Não deixei que a situação me afetasse; recusei-me a pensar demasiado sobre o problema (item 30)	78	114	96	13	0,95
Tornei a situação mais leve, recusando-me a levar as coisas muito a sério (item 33)	125	85	25	10	0,67

Como descrito na tabela 27, os estudantes referem utilizar estratégias de distanciamento, de forma expressiva, através de “*Tentei olhar para os pontos mais favoráveis do problema*” (item 10, MP=1,59). Contrariamente, utilizam menos vezes “*Deixei-me andar como se nada tivesse acontecido*” (item 8, MP=0,30).

18. Análise inferencial

A análise e a triangulação dos resultados obtidos neste estudo permite uma análise global, a qual será apresentada neste capítulo. Primeiramente, serão apresentados os resultados e respetivas interpretações, dos cruzamentos entre as diferentes variáveis questionadas e com as situações indutoras de stresse, bem como com as estratégias de *coping*.

A nível de tratamento de dados foi utilizado o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 21 para o Windows ®. Com o intuito de compreender as relações entre as diferentes variáveis, o teste paramétrico utilizado foi o *Independent-*

samples T-Test, para comparar dois grupos, e a nível não paramétrico, utilizamos o *Mann-Whitney Test* na comparação de dois grupos e o *Kruskal-Wallis Test* na comparação de três ou mais grupos. Como sabemos, o *Independent-samples T-Test* (teste paramétrico) é utilizado com o intuito de comparar dois grupos (duas variáveis) diferentes perante a mesma situação, com o intuito de compreender se as diferenças existentes se devem ao acaso ou se, de facto, existem diferenças significativas entre a população analisada. Os testes não paramétricos utilizados surgem na necessidade de conhecer e analisar as diferenças entre dois ou mais grupos numa vertente contínua e/ou quando as populações estudadas não preenchem os requisitos para a utilização de testes paramétricos.

Relativamente às diferenças dos dados consoante o ano de curso, a interpretação realizada baseia-se nos ensinamentos clínicos do terceiro ano do CLE, uma vez que nem todos os estudantes inquiridos têm experiência dos ensinamentos clínicos do quarto ano. Essencialmente, removemos as respostas na análise das diferenças e não os participantes.

De referir que nem todos os testes possíveis foram realizados e apresentados pela incoerência de determinados dados e pela irrelevância de outros. A idade, a ordem de realização do ensino clínico considerado como mais stressante e o tempo de deslocação para o mesmo, são três variáveis excluídas pelas razões supracitadas.

18.1. Nível de Stresse

Numa primeira fase, apresentamos a análise das diferenças entre o nível de stresse percebido pelos estudantes em ensino clínico com as diferentes variáveis sociodemográficas e as características do ensino clínico. As variáveis sociodemográficas em estudo serão: sexo, ano de curso, suporte emocional e satisfação com o curso. Relativamente às características do ensino clínico, trabalharemos a identificação do ensino clínico considerado mais stressante e o nível de stresse percebido pelos estudantes.

A) Análise das diferenças de média entre o nível de stresse e o sexo e o ano de curso

Tabela 28 - Nível de stresse e o sexo

Nível de stresse	Sexo		Teste t		
	M	F	t	df	Sig. (2-tailed)
Média (\bar{x})	4,30	4,28	,152	243	,879

Relativamente ao sexo dos estudantes em ensino clínico, como observamos na tabela 28, não existem diferenças significativas ($p=0,879$) na perceção do nível de stresse. No entanto, maioritariamente (44,9% seleccionaram nível 4 e 42% seleccionaram nível 5), os estudantes percecionam altos níveis de stresse em ensino clínico.

Pela observação da tabela 29, podemos afirmar que não existe diferença significativa ($p=0,086$) na perceção do nível de stresse entre o 3º e o 4º ano. No entanto, tal como apresentado anteriormente, os estudantes apresentam altos níveis de stresse, pois 44,9% dos estudantes inquiridos seleccionaram o nível 4 e 42% o nível 5.

Tabela 29 - Nível de stresse e o ano de curso

Nível de stresse	Ano		Teste t		
	3º	4º	t	df	Sig. (2-tailed)
Média (\bar{x})	4,21	4,36	-1,725	243	,086

B) Análise das diferenças de média entre o Nível de stresse e o estar deslocado da residência e o estatuto trabalhador estudante

Podemos verificar, na tabela 30, que não existem diferenças estatisticamente significativa entre a perceção do nível de stresse e o estar deslocado da residência ($p=0,694$) e o estatuto de trabalhador estudante ($p=0,713$).

Tabela 30 - Nível de stresse e a deslocação de residência e trabalhador estudante

		Nível de stresse					Total	Média (\bar{x})
		1	2	3	4	5		
Deslocado	Sim	0	0	8	38	32	78	4,31
	Não	0	2	22	72	71	167	4,27
Teste t		t	-,394	df	243	Sig. (2-tailed)		,694
		Nível de stresse					Total	Mean Rank
		1	2	3	4	5		
Trabalhador	Sim	0	0	2	11	10	23	127,72
	Não	0	2	38	99	93	222	122,51
Mann-Whitney U		2444,500		Z	-,367	Asymp. Sig.		,713

- C) Análise das diferenças de média entre o nível de stresse e o suporte emocional e a satisfação com o curso

Tabela 31 - Nível de stresse e o suporte emocional

Suporte emocional	Nível de stresse					Total
	1	2	3	4	5	
Família	0	2	14	62	56	134
Companheiro(a)/ Namorado(a)/ Cônjuge	0	0	11	28	31	70
Amigo(a)	0	0	5	19	14	38
Colega	0	0	0	0	0	0
Nenhum	0	0	0	1	2	3
Outro	0	0	0	0	0	0
Total	0	2	30	110	103	245
Kruskal-Wallis	Chi-Square	1,188	df	3	Asymp. Sig.	,756

Podemos afirmar que, segundo os dados apresentados na tabela 31, não existem diferenças significativas ($p=0,756$) entre o nível de stresse percecionado consoante o suporte emocional principal dos estudantes.

Tabela 32 - Nível de stresse e a satisfação com o curso

Satisfação com o curso	Nível de stresse					Total
	1	2	3	4	5	
1	0	0	0	0	4	4
2	0	0	1	9	4	14
3	0	0	8	35	35	78
4	0	1	15	55	51	122
5	0	1	6	11	9	27
Total	0	2	30	110	103	245
Kruskal-Wallis	Chi-square	7,911	df	4	Asymp. Sig.	,095

Relativamente às diferenças entre a satisfação com o curso e o nível de stresse, podemos afirmar, pelos dados apresentados na tabela 32, que não existe diferença significativa ($p=0,095$).

D) Análise das diferenças de média entre o nível de stresse e o ensino clínico stressante

Por fim, como compreendemos, as diferentes experiências nos diferentes contextos de prestação de cuidados (pertencentes ao 3º ano do CLE), promovem diferentes sentimentos, sendo que isso se reflete no nível de stresse percecionado. Assim, apresentamos, na tabela 33, as diferenças entre o ensino clínico considerado como o mais stressante, de entre os do 3º ano, e o nível de stresse percecionado.

Tabela 33 - Nível de stresse e o ensino clínico stressante

Ensino clínico stressante	Nível de stresse					Total
	1	2	3	4	5	
3º Ano - Ensino Clínico: Enfermagem Comunitária	0	0	0	9	6	15
3º Ano - Ensino Clínico: Parentalidade e Gravidez	0	0	7	9	12	28
3º Ano - Ensino Clínico: Saúde Familiar	0	2	5	9	6	22
3º Ano - Ensino Clínico: Medicina	0	0	9	38	47	94
3º Ano - Ensino Clínico: Cirurgia	0	0	7	29	23	59
Total	0	2	28	94	94	218
Kruskal-Wallis Chi-square	7,896	<i>df</i>		4	Asymp. Sig.	,095

Como observamos na tabela 33, não existe diferença significativa ($p=0,095$) no nível de stresse percecionado consoante o ensino clínico considerado como mais stressante, pertencente ao 3º ano do CLE. No entanto, podemos afirmar que os estudantes identificam maiores níveis de stresse no Ensino Clínico: Medicina.

18.2. Situações Indutoras de Stresse

Nesta fase, apresentamos os resultados dos cruzamentos pertinentes do estudo, relativamente às situações indutoras de stresse. Inicialmente, consoante os dados sociodemográficos e, de seguida, os dados obtidos relativos ao ensino clínico stressante.

A) Análise das diferenças de média entre os tipos de situações indutoras de stresse e o sexo e ano de curso

Tabela 34 - Situações indutoras de stresse e o sexo e ano de curso

Tipos de situações indutoras de stresse	Sexo		Teste T		
	M	F			
	Média (\bar{x})		t	df	Sig. (2-tailed)
Orientação em Ensino Clínico	3,5686	3,4328	,878	243	,381
Situações Específicas de Enfermagem	2,6600	2,7284	-,423	243	,673
Avaliação	3,2533	3,2307	,141	243	,888
Aspetos Pessoais	3,6259	3,6656	-,306	243	,760
Gestão de Tempo e Trabalho	3,4708	3,6384	-1,189	243	,263

Tipos de situações indutoras de stresse	Ano		Teste T		
	3º	4º			
	Média (\bar{x})		t	df	Sig. (2-tailed)
Orientação em Ensino Clínico	3,3730	3,5304	-1,556	243	,121
Situações Específicas de Enfermagem	<u>2,8778</u>	2,5529	3,125	243	<u>,002</u>
Avaliação	<u>3,4016</u>	3,0555	3,351	243	<u>,001</u>
Aspetos Pessoais	<u>3,7663</u>	3,5490	2,583	243	<u>,010</u>
Gestão de Tempo e Trabalho	3,6270	3,6082	,203	243	,840

Com o cruzamento dos dados obtidos consoante o sexo dos estudantes inquiridos podemos afirmar, pela observação da tabela 34, que o tipo de situações indutoras de stresse não é diferencial entre os estudantes do sexo masculino e feminino.

Quanto à diferenciação do ano do CLE, observando a tabela 34, podemos afirmar que os estudantes pertencentes ao 3º ano identificam, de forma significativa, a avaliação ($p=0,001$), as situações específicas de enfermagem ($p=0,002$) e os aspetos pessoais ($p=0,010$) como principais potenciadores de stresse, comparativamente aos estudantes do 4º ano.

Relativamente à especificidade de cada situação indutora de stresse, podemos observar na tabela do Anexo V que, comparativamente entre o sexo dos estudantes, existem diferenças significativas na identificação das situações indutoras de stresse, pois o sexo feminino evidencia maiores níveis de stresse do que o sexo masculino nas seguintes situações: “*O cansaço psicológico derivado do ensino clínico*” (item 6, $p=0,017$); “*O tipo de horário no ensino clínico (fixo, rotativo, trabalho por turnos)*” (item 21, $p=0,024$); e “*O cansaço físico derivado do ensino clínico*” (item 47, $p=0,037$).

Com a tabela referida no Anexo VI, podemos afirmar que entre os estudantes do 3º e 4º ano existem diversas diferenças significativas quanto à identificação das situações indutoras de stresse, sendo que o 3º ano reconhece as seguintes situações como potenciadoras de

stress, quando comparado com os estudantes do 4º ano (por ordem de significância estatística): “O ter de executar procedimentos dolorosos aos doentes” (item 15, $p=0,000$); “A responsabilidade por outras pessoas” (item 28, $p=0,000$); “O ter de assumir responsabilidades” (item 34, $p=0,001$); “A comunicação com outros profissionais” (item 39, $p=0,001$); “O ter de lidar com os sentimentos dos familiares dos doentes/utentes” (item 24, $p=0,002$); “O possuir pouca destreza técnica” (item 12, $p=0,007$); “A falta de conhecimentos técnicos” (item 17, $p=0,018$); “A minha inexperiência” (item 8, $p=0,022$); “O grau de exigência dos orientadores do local de ensino clínico” (item 37, $p=0,022$); “O medo de cometer erros” (item 19, $p=0,037$); “A comunicação com a família dos doentes/utentes” (item 40, $p=0,043$).

Os estudantes do 4º ano identificam como maiores fontes indutoras de stress “A percepção de injustiça relativamente à avaliação” (item 31, $p=0,000$) e “A falta de apoio dos professores” (item 43, $p=0,039$), quando comparados com os estudantes do 3º ano.

B) Análise das diferenças de média entre os tipos de situações indutoras de stress e a deslocação de residência e ser trabalhador estudante

Tabela 35 - Situações indutoras de stress e a deslocação de residência e trabalhador estudante

Tipos de situações indutoras de stress	Deslocado		Teste T		
	Sim	Não			
	Média (\bar{x})		t	df	Sig. (2-tailed)
Orientação em Ensino Clínico	3,4819	3,4343	-,437	243	,663
Situações Específicas de Enfermagem	2,7128	2,7234	,093	243	,926
Avaliação	3,2308	3,2347	,035	243	,972
Aspetos Pessoais	3,7350	3,6261	-1,195	243	,233
Gestão de Tempo e Trabalho	3,6394	3,6078	-,318	243	,751
Tipos de situações indutoras de stress	Trabalhador		Mann-Whitney		
	Sim	Não			
	Média (\bar{x})		Mann-Whitney	Z	Asymp. Sig.
Orientação em Ensino Clínico	117,37	123,58	2423,500	-,400	,689
Situações Específicas de Enfermagem	128,72	122,41	2421,500	-,407	,684
Avaliação	127,67	122,52	2445,500	-,333	,739
Aspetos Pessoais	122,70	123,03	2546,000	-,022	,983
Gestão de Tempo e Trabalho	135,26	121,73	2271,000	-,873	,383

O facto de os estudantes serem deslocados ou não da residência habitual, bem como ser ou não trabalhador estudante, não traduzem diferenças significativas relativamente ao tipo de situações indutoras de stresse em ensino clínico, como apresentado na tabela 35.

Não são apresentados os dados relativos à especificidade do confronto de cada situação indutora de stresse com as variáveis supracitadas, pela incoerência de dados com o fator deslocação de residência e pela irrelevância com o facto de os estudantes serem ou não trabalhadores estudantes.

- C) Análise das diferenças de média entre os tipos de situações indutoras de stresse e o suporte emocional e a satisfação com o curso

Comparativamente entre os diferentes suportes emocionais, podemos observar na tabela 36 que não existem diferenças relevantes quanto ao tipo de situações identificadas como indutoras de stresse nos estudantes de enfermagem em ensino clínico. Tal como em questões anteriores, os dados demonstraram ser irrelevantes quando cruzadas individualmente as situações indutoras de stresse consoante o suporte emocional.

Tabela 36 - Situações indutoras de stresse e o suporte emocional

	Tipos de situações indutoras de stresse				
	Orientação em Ensino Clínico	Situações de Enfermagem	Avaliação	Aspetos Pessoais	Gestão de Tempo e Trabalho
Suporte Emocional	Mean Rank				
Família	118,06	127,47	122,88	123,60	123,91
Companheiro(a)/Namorado(a)/Cônjuge	131,59	118,19	122,74	124,74	125,74
Amigo(a)	123,54	115,66	119,34	112,63	116,46
Colega	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Nenhum	136,67	128,67	180,83	186,83	101,33
Outro	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Chi-square	1,795	1,285	2,116	3,312	,733
df	3	3	3	3	3
Kruskal-Wallis (Asymp. Sig.)	,616	,733	,549	,346	,865

Relativamente ao cruzamento entre as diferentes fontes de stresse com a satisfação dos estudantes com o curso, existem diferenças significativas em todas as situações. Como podemos observar na tabela 37, os estudantes com menores níveis de satisfação com o curso (níveis 1 e 2) demonstram manifestar stresse em todas as situações.

Tabela 37 - Situações indutoras de stresse e o nível de satisfação com o curso

Tipos de situações indutoras de stress	Satisfação com o curso					Kruskal-Wallis Asymp. Sig.
	Mean Rank					
	1	2	3	4	5	
Orientação em Ensino Clínico	165,50	<u>175,61</u>	136,32	114,91	87,52	<u>.000^a</u>
Situações Específicas de Enfermagem	<u>182,38</u>	99,79	126,77	129,95	83,93	<u>.008^b</u>
Avaliação	<u>189,25</u>	143,14	133,53	117,26	98,26	<u>.033^c</u>
Aspetos Pessoais	<u>196,00</u>	138,14	131,44	119,65	95,11	<u>.033^d</u>
Gestão de Tempo e Trabalho	161,13	<u>163,36</u>	127,42	120,59	94,56	<u>.032^e</u>

^a Chi-square: 20,283 df: 4; ^b Chi-square: 13,936 df: 4; ^c Chi-square: 10,512 df: 4; ^d Chi-square: 10,484 df: 4; ^e Chi-square: 10,528 df: 4.

D) Análise das diferenças de média entre os tipos de situações indutoras de stresse e o ensino clínico considerado como mais stressante

Tabela 38 - Situações indutoras de stresse e o ensino clínico stressante

	Tipos de situações indutoras de stresse				
	Orientação em Ensino Clínico	Situações de Enfermagem	Avaliação	Aspetos Pessoais	Gestão de Tempo e Trabalho
Ensino Clínico Stressante	Mean Rank				
3º Ano - Ensino Clínico: Enfermagem Comunitária	141,80	100,30	84,50	93,70	117,93
3º Ano - Ensino Clínico: Parentalidade e Gravidez	116,71	96,96	84,89	86,25	128,25
3º Ano - Ensino Clínico: Saúde Familiar	111,32	120,75	126,48	123,11	87,91
3º Ano - Ensino Clínico: Medicina	102,43	117,66	118,69	120,78	115,86
3º Ano - Ensino Clínico: Cirurgia	108,46	100,58	106,57	101,50	96,38
Chi-square	5,521	4,887	10,408	9,769	8,857
df	4	4	4	4	4
Kruskal-Wallis (Asymp. Sig.)	,238	,299	,034	,045	,065

Como descrito na tabela 38, podemos verificar que, consoante o ensino clínico considerado como o mais stressante (pertencente ao 3º ano), existem diferenças significativas quanto à identificação da proveniência de stresse nos mesmos. Como tal, podemos afirmar que os estudantes que referem o Ensino Clínico: Saúde Familiar como o

mais stressante, pertencente ao 3º ano do CLE, identificam a avaliação ($p=0,034$) e os aspetos pessoais ($p=0,045$) como os fatores com maior nível de influência para o desenvolvimento de stresse.

Relativamente às diferenças individuais das situações indutoras de stresse consoante o ensino clínico considerado stressante, como podemos observar no Anexo VII, diversas situações demonstram ser mais preocupantes pela especificidade do contexto.

Posto isto, podemos afirmar que os estudantes que selecionaram o Ensino Clínico: Enfermagem Comunitária, pertencente ao 3º ano do CLE, referem que “A minha inexperiência” (item 8, $p=0,037$), “A falta de orientação dos professores” (item 14, $p=0,005$), “O desconhecimento dos orientadores do local de ensino clínico relativamente ao currículo do curso” (item 18, $p=0,032$), “O receber orientações contraditórias entre orientador do ensino clínico e o professor” (item 22, $p=0,013$) e “O estar num serviço onde se sente que os alunos não são bem acolhidos” (item 36, $p=0,027$), são situações que colocam em causa a adequada adaptação ao contexto.

Os estudantes que identificam o Ensino Clínico: Parentalidade e Gravidez, pertencente ao 3º ano, afirmam sentirem maiores níveis de stresse com “A pressão em termos de tempo para realizar determinada atividade” (item 11, $p=0,037$).

Relativamente ao Ensino Clínico: Saúde Familiar, os estudantes identificam “O ser alvo de críticas negativas” (item 35, $p=0,024$) como a situação potenciadora de maior nível de stresse.

Os estudantes que selecionaram o Ensino Clínico: Medicina, pertencente ao 3º ano do CLE, como o mais stressante, demonstram maiores níveis de stresse em situações como: “A falta de autoconfiança/insegurança” (item 3, $p=0,009$); “O sentir que estou a ser observado” (item 5, $p=0,005$); “O ter de lidar com os sentimentos dos doentes” (item 7, $p=0,008$); “O medo de cometer erros” (item 19, $p=0,018$); e “O ter de prestar cuidados a doentes em fase terminal” (item 32, $p=0,036$).

18.3. Estratégias de Coping

Nesta segunda fase, os resultados apresentados são decorrentes da comparação consoante as variáveis demográficas e o ensino clínico considerado mais stressante, e questões respetivas.

- A) Análise das diferenças de média entre os tipos de estratégias de *coping* e o sexo e o ano de curso

Tabela 39 - Estratégias de coping e o sexo e ano de curso

Tipos de estratégias de Coping	Sexo		Teste T			
	M	F				
		Média (\bar{x})		t	df	Sig. (2-tailed)
Autocontrolo	1,7095	1,5748		1,405	243	,161
Procura de Suporte Social	1,7857	1,7920		-,063	243	,950
Fuga, Evitamento	,7429	,6757		,635	243	,609
Resolução Planeada do Problema	1,7444	1,6752		,635	243	,526
Reavaliação Positiva do Problema	1,4429	1,4292		,119	243	,905
Assumir a Responsabilidade	2,0111	2,1287		-1,021	243	,308
Coping Confrontativo	0,9444	,9357		,096	243	,924
Distanciamento	1,0333	,8902		1,550	243	,202

Tipos de situações indutoras de stresse	Ano		Teste T			
	3º	4º				
		Média (\bar{x})		t	df	Sig. (2-tailed)
Autocontrolo	1,5420	1,6435		-1,616	243	,107
Procura de Suporte Social	1,8175	1,7635		,816	243	,415
Fuga, Evitamento	,6995	,6675		,463	243	,642
Resolução Planeada do Problema	1,5939	<u>1,7787</u>		-2,619	243	<u>,009</u>
Reavaliação Positiva do Problema	1,4206	1,4418		-,283	243	,778
Assumir a Responsabilidade	2,1138	2,1148		-,014	243	,989
Coping Confrontativo	0,9339	,9398		-,098	243	,922
Distanciamento	,8857	,9311		-,747	243	,456

Na diferenciação do sexo dos estudantes inquiridos, podemos observar na tabela 39 que não existem diferenças significativas entre o mesmo relativamente ao tipo de estratégias de coping utilizadas. No entanto, o sexo feminino evidencia, de forma significativa, utilizar mais a estratégia “*Critiquei-me ou analisei-me a mim próprio(a)*” ($p=0,046$) quando comparado com o sexo masculino, como podemos observar na tabela do Anexo VIII.

Os estudantes do 4º ano apresentam tendência para utilizarem mais estratégias do tipo resolução planeada do problema, comparativamente aos do 3º ano ($p=0,009$), como podemos observar na tabela 39. Tendo por base a tabela do Anexo IX, existem diferenças significativas, a nível específico, pois, quando comparado com o 3º ano, o 4º ano utiliza mais regularmente as seguintes estratégias: “*Critiquei-me ou analisei-me a mim próprio(a)*” (item 5, com $p=0,006$); “*Criei várias soluções diferentes para o problema*” (item 41, com $p=0,012$); “*Mudei algo para que as coisas corressem bem*” (item 28, com $p=0,018$); “*Eu sabia*

o que devia ser feito, por isso redobrei os meus esforços para que as coisas corressem bem” (item 38, com $p=0,021$); “Tentei evitar que os meus sentimentos interferissem demasiado noutras coisas” (item 42, com $p=0,021$); “Aproveitei as minhas experiências passadas; já estive envolvido(a) em situações semelhantes” (item 37, com $p=0,046$). Já o 3º ano utiliza mais a estratégia “Passei o problema para os outros” (item 36, com $p=0,010$), comparativamente com o 4º ano.

B) Análise das diferenças de média entre os tipos de estratégias de *coping* e a deslocação de residência e ser trabalhador estudante

Tabela 40 - Estratégias de coping e a deslocação de residência e ser trabalhador estudante

Tipos de estratégias de <i>Coping</i>	Deslocado		Teste T		
	Sim	Não			
	Média (\bar{x})		t	df	Sig. (2-tailed)
Autocontrolo	1,5733	1,5997	,390	243	,697
Procura de Suporte Social	1,7564	1,8075	,721	243	,472
Fuga, Evitamento	0,7234	0,6655	-,779	243	,437
Resolução Planeada do Problema	1,5449	<u>1,7485</u>	2,692	243	<u>,008</u>
Reavaliação Positiva do Problema	1,3150	<u>1,4850</u>	2,138	243	<u>,034</u>
Assumir a Responsabilidade	1,9530	<u>2,1896</u>	2,965	243	<u>,003</u>
<i>Coping</i> Confrontativo	0,9231	0,9431	,311	243	,756
Distanciamento	0,9282	0,8982	-,460	243	,646
Tipos de estratégias de <i>Coping</i>	Trabalhador		Mann-Whitney		
	Sim	Não			
	Média (\bar{x})		Mann-Whitney	Z	Asymp. Sig.
Autocontrolo	119,87	123,32	2481,000	-,223	,823
Procura de Suporte Social	114,54	123,88	2358,500	-,604	,546
Fuga, Evitamento	121,26	123,18	2513,000	-,124	,901
Resolução Planeada do Problema	121,96	123,11	2529,000	-,075	,941
Reavaliação Positiva do Problema	131,61	122,11	2355,000	-,614	,540
Assumir a Responsabilidade	121,76	123,13	2524,500	-,089	,929
<i>Coping</i> Confrontativo	130,65	122,21	2377,000	-,547	,584
Distanciamento	128,39	122,44	2429,000	-,387	,699

Como podemos observar na tabela 40, os estudantes que não se encontram deslocados da sua residência habitual apresentam tendência de maior utilização de estratégias do tipo

resolução planeada do problema ($p=0,008$), reavaliação positiva do problema ($p=0,034$) e assumir responsabilidade ($p=0,003$), quando comparados com os estudantes deslocados.

Já os estudantes inquiridos que não alteraram de residência, segundo a tabela do Anexo X, comparativamente com os que tiveram essa mesma necessidade, demonstram que utilizam mais as seguintes estratégias:

- “Mudei ou cresci como pessoa de forma positiva” (item 16, $p=0,023$);
- “Pedi desculpa ou fiz algo para compor a situação” (item 117, $p=0,035$);
- “Construí um plano de ação e segui-o” (item 18, $p=0,018$);
- “Saí desta experiência melhor do que estava antes” (item 21, $p=0,033$);
- “Encontrei nova esperança” (item 26, $p=0,013$);
- “Redescobri o que é importante na vida” (item 27, $p=0,013$);
- “Mudei algo para que as coisas corressem bem” (item 28, $p=0,006$);
- “Mantive a minha posição e lutei pelo queria” (item 35, $p=0,029$);
- “Prometi a mim próprio(a) que as coisas para a próxima seriam diferentes” (item 40, $p=0,040$);
- “Criei várias soluções diferentes para o problema” (item 41, $p=0,018$);
- “Mudei alguma coisa em mim próprio(a)” (item 43, $p=0,046$).

Relativamente à diferenciação dos estudantes pelo estatuto de trabalhador estudante, não existem diferenças significativas no tipo de estratégias de *coping* adotadas, como podemos verificar na tabela 40.

- C) Análise das diferenças de média entre os tipos de estratégias de *coping* e o suporte emocional e a satisfação com o curso

Tabela 41 - Estratégias de coping e o suporte emocional

Tipos de estratégias de <i>Coping</i>	Suporte emocional						Kruskal-Wallis <i>Asymp. Sig.</i>
	<i>Mean Rank</i>						
	Família	Companheiro(a)/ Namorado(a)/Cônjuge	Amigo(a)	Colega	Nenhum	Outro	
Autocontrolo	123,76	117,04	129,11	0,00	150,83	0,00	,737 ^a
Procura de Suporte Social	125,95	119,43	120,62	0,00	104,83	0,00	,884 ^b
Fuga, Evitamento	119,06	124,02	130,96	0,00	174,50	0,00	,472 ^c
Resolução Planeada do Problema	123,12	124,29	121,75	0,00	103,33	0,00	,966 ^d

Reavaliação Positiva do Problema	124,44	122,84	118,71	0,00	116,67	0,00	,974 ^e
Assumir a Responsabilidade	120,47	128,11	121,03	0,00	142,00	0,00	,849 ^f
<i>Coping</i> Confrontativo	121,97	125,10	124,93	0,00	95,33	0,00	,901 ^g
Distanciamento	126,87	116,55	123,79	0,00	90,83	0,00	,653 ^h

^a Chi-square: 1,266 df: 3; ^b Chi-square: ,656 df: 3; ^c Chi-square: 2,516 df: 3; ^d Chi-square: ,269 df: 3; ^e Chi-square: ,220 df: 3; ^f Chi-square: ,803 df: 3; ^g Chi-square: ,582 df: 3; ^h Chi-square: 1,629 df: 3.

Quanto ao tipo de estratégias de *coping* utilizadas consoante o principal suporte emocional, não são descritas diferenças significativas, como podemos observar na tabela 41.

Especificamente, como podemos observar na tabela do Anexo XI, os estudantes inquiridos demonstram utilizar a estratégia “*Tentei sentir-me melhor comendo, bebendo, fumando, usando drogas ou medicamentos, etc.*” (item 23, $p=0,009$), quando apresentam o(a) amigo(a) como principal suporte emocional. Quando a família é o suporte emocional elegido, os estudantes demonstram utilizar, maioritariamente, as estratégias “*Pedi conselhos a um familiar ou amigo que respeito*” (item 31, $p=0,046$) e “*Falei com alguém sobre como me estava a sentir*” (item 34, $p=0,015$). Já os estudantes que referem não ter nenhum suporte emocional, a estratégia “*Rezei*” (item 46, $p=0,006$) é a maioritariamente utilizada.

Pela observação da tabela 42, podemos afirmar que os estudantes demonstram utilizar maioritariamente estratégias do tipo de procura de suporte social ($p=0,004$), de resolução planeada do problema ($p=0,001$) e reavaliação positiva do problema ($p=0,004$), quando evidenciam maiores níveis de satisfação com curso (nível 5). Em sentido contrário, os estudantes referem utilizar, essencialmente, estratégias de *coping* de fuga e evitamento ($p=0,010$), quando apresentados baixos níveis de satisfação com o curso (nível 2 e 1).

Tabela 42 - Estratégias de coping e a satisfação com o curso

Tipos de estratégias de <i>Coping</i>	Satisfação com o curso					Kruskal-Wallis <i>Asymp. Sig.</i>
	<i>Mean Rank</i>					
	1	2	3	4	5	
Autocontrolo	83,75	134,54	129,20	118,26	126,33	,588 ^a
Procura de Suporte Social	48,13	113,57	115,79	121,87	<u>164,91</u>	<u>,004</u> ^b
Fuga, Evitamento	172,00	<u>175,11</u>	130,22	112,64	114,70	<u>,010</u> ^c
Resolução Planeada do Problema	42,63	83,46	117,88	124,03	<u>165,56</u>	<u>,001</u> ^d
Reavaliação Positiva do Problema	60,25	90,21	114,22	126,01	<u>161,04</u>	<u>,004</u> ^e

Assumir a Responsabilidade	100,00	99,04	121,40	121,54	150,06	,182 ^f
<i>Coping</i> Confrontativo	109,00	110,36	113,97	123,83	153,94	,130 ^g
Distanciamento	88,13	144,96	122,53	119,41	134,37	,496 ^h

^a Chi-square: 2,822 df: 4; ^b Chi-square: 15,129 df: 4; ^c Chi-square: 13,391 df: 4; ^d Chi-square: 19,845 df: 4; ^e Chi-square: 15,405 df: 4; ^f Chi-square: 6,232 df: 4; ^g Chi-square: 7,117 df: 4; ^h Chi-square: 3,383 df: 4.

D) Análise das diferenças de média entre os tipos de estratégias de *coping* e o ensino clínico considerado como o mais stressante

Com base na tabela 43, podemos afirmar que os estudantes inquiridos não mostraram diferenças significativas no tipo de estratégias de *coping* consoante o ensino clínico considerado como o mais stressante.

Especificamente, como podemos observar no Anexo XII, os estudantes que consideram o Ensino Clínico: Enfermagem Comunitária, pertencente ao 3º ano do CLE, como o mais stressante, afirmam utilizar, maioritariamente, a estratégia de *coping* “*Tentei não agir depressa demais nem seguir o meu primeiro impulso*” (item 25, $p=0,009$).

Já a estratégia “*Evitei que os outros se apercebessem da gravidade da situação*” (item 32, $p=0,004$) demonstra ser a maioritariamente utilizada, pelos estudantes que identificaram o Ensino Clínico: Cirurgia, pertencente ao 3º ano, como o mais promotor de stresse.

Tabela 43 - Estratégias de coping e o ensino clínico stressante

	Tipos de estratégias de <i>Coping</i>							
	Autocontrolo	Procura de Suporte Social	Fuga, Evitamento	Resolução Planeada Problema	Reavaliação Positiva Problema	Assumir a Responsabilidade	<i>Coping</i> Confrontativo	Distanciamento
Ensino Clínico Stressante	Mean Rank							
3º Ano - Ensino Clínico: Enfermagem Comunitária	125,67	106,13	119,73	87,93	79,90	105,70	98,40	97,03
3º Ano - Ensino Clínico: Parentalidade e Gravidez	87,91	109,30	85,96	103,32	113,93	96,50	119,89	100,34
3º Ano - Ensino Clínico: Saúde Familiar	102,16	107,66	124,36	104,39	98,70	118,11	119,36	111,11
3º Ano - Ensino Clínico: Medicina	112,34	103,46	113,47	112,80	113,03	109,84	104,71	109,07
3º Ano - Ensino Clínico: Cirurgia	113,85	120,76	106,20	114,56	113,33	112,89	111,34	117,10
Chi-square	5,075	2,830	6,108	2,829	4,621	1,881	2,384	2,089
df	4	4	4	4	4	4	4	4
4Kruskal-Wallis (Asymp. Sig.)	,280	,587	,191	,587	,328	,758	,666	,719

E) Análise das diferenças de média entre os tipos de estratégias de *coping* e o nível de stresse

Tabela 44 - Estratégias de coping e o nível de stresse

Tipos de estratégias de <i>Coping</i>	Nível de stresse					Kruskal-Wallis <i>Asymp. Sig.</i>
	<i>Mean Rank</i>					
	1	2	3	4	5	
Autocontrolo	0,00	22,00	108,35	116,95	<u>135,69</u>	<u>,023^a</u>
Procura de Suporte Social	0,00	153,25	124,58	118,38	126,89	,761 ^b
Fuga, Evitamento	0,00	107,00	90,48	109,53	<u>147,17</u>	<u>,000^c</u>
Resolução Planeada do Problema	0,00	113,50	136,80	117,56	124,98	,589 ^d
Reavaliação Positiva do Problema	0,00	64,50	142,68	125,07	116,19	,191 ^e
Assumir a Responsabilidade	0,00	149,50	105,63	119,31	131,48	,265 ^f
<i>Coping</i> Confrontativo	0,00	158,50	135,63	113,43	128,85	,239 ^g
Distanciamento	0,00	69,00	126,83	121,15	124,90	,700 ^h

^a Chi-square: 9,529 df: 3; ^b Chi-square: 1,168 df: 3; ^c Chi-square: 22,579 df: 3; ^d Chi-square: 1,919 df: 3; ^e Chi-square: 4,745 df: 3; ^f Chi-square: 3,970 df: 3; ^g Chi-square: 4,216 df: 3; ^h Chi-square: 1,422 df: 3.

Como podemos observar na tabela 44, existem diferenças significativas na utilização dos diferentes tipos de estratégias de *coping* consoante o nível de stresse, isto porque, quanto maior o nível de stresse (nível 5), maior tendência de utilização do tipo de estratégias de autocontrolo ($p=0,023$) e fuga, evitamento ($p=0,000$).

Pela observação e respetiva análise da tabela do Anexo XIII, especificamente, conseguimos compreender quais as principais estratégias de *coping* consoante o nível de stresse percecionado pelos estudantes. Quando presentes níveis altos (nível 5) de stresse, os estudantes optam, maioritariamente, pelas estratégias “Tentei guardar para mim próprio(a) o que estava a sentir” (item 9, $p=0,005$), “Tentei sentir-me melhor comendo, bebendo, fumando, usando drogas ou medicamentos, etc.” (item 23, $p=0,011$), “Evitei que os outros se apercebessem da gravidade da situação” (item 32, $p=0,008$) e “Desejei que a situação desaparecesse ou que de alguma forma terminasse” (item 44, $p=0,000$). Quando identificado nível 2 de stresse, os estudantes optam, essencialmente, por utilizar a estratégia “Evitei estar com as pessoas em geral” ($p=0,002$).

18.4. Tipos de Estratégias de Coping e as Fontes Indutoras de Stresse

Como compreendemos, perante diferentes situações promotoras de stresse, existem diferentes atitudes e comportamentos com o intuito de diminuir esses sentimentos. Com isso, confrontamos as diferentes estratégias de *coping* adotadas pelos estudantes inquiridos nos momentos de gestão de stresse, tendo em conta a sua proveniência.

Tendo por base a tabela 45, conseguimos compreender as diferenças de atuação dos estudantes inquiridos. Nos momentos de stresse provenientes da orientação em ensino clínico, os estudantes demonstram utilizar, essencialmente, estratégias de *coping* dos diferentes tipos: autocontrolo ($p=0,047$); fuga, evitamento ($p=0,000$); *coping* confrontativo ($p=0,014$); e distanciamento ($p=0,029$).

Pelo stresse decorrente das situações específicas da profissão de Enfermagem, os estudantes não demonstram diferenciar o tipo de atitudes adotadas, devido à necessidade de adaptação a cada qual.

Nos momentos de avaliação, pelo stresse desencadeado, os estudantes optam, maioritariamente, por utilizarem estratégias de *coping* do tipo autocontrolo ($p=0,034$), fuga/evitamento ($p=0,000$) e distanciamento ($p=0,023$).

Quando os aspetos pessoais demonstram serem entraves para a adaptação a momentos stressantes, os estudantes referem utilizar estratégias do tipo fuga/evitamento ($p=0,002$) ou, em sentido contrário, assumir a responsabilidade ($p=0,015$).

A nível do stresse inerente à gestão de tempo e trabalho, os estudantes, estatisticamente, demonstram utilizar estratégias de fuga/evitamento ($p=0,000$) para lidarem com as situações.

Tabela 45 - Estratégias de coping consoante a fonte de stresse

		Tipos de estratégias de <i>Coping</i>							
		Autocontrolo	Procura de Suporte Social	Fuga, Evitamento	Resolução Planeada	Reavaliação Positiva Problema	Assumir a Responsabilidade	<i>Coping</i> Confrontativo	Distanciamento
Tipo de situação de stresse		Mean Rank							
Orientação em Ensino Clínico	1	104,57	125,52	78,73	128,59	119,64	119,93	84,43	87,89
	2	112,20	128,11	113,77	129,67	131,70	130,17	118,03	117,64
	3	122,93	118,94	121,09	120,30	122,89	121,07	125,17	125,37
	4	146,03	124,93	160,53	118,14	113,36	119,67	142,34	140,76
	5	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Chi-square		7,956	,767	23,112	1,082	1,863	,891	10,555	8,986
df		3	3	3	3	3	3	3	3
Kruskal-Wallis (Asymp. Sig.)		<u>,047</u>	,857	<u>,000</u>	,781	,601	,828	<u>,014</u>	<u>,029</u>
Situações Específicas de Enfermagem	1	117,04	130,71	114,79	121,32	117,69	110,47	132,99	110,35
	2	126,29	127,48	122,07	132,65	128,68	135,46	120,67	124,52
	3	119,71	114,42	123,81	112,83	116,08	115,72	115,66	126,93
	4	143,46	133,25	150,33	136,00	152,42	125,13	169,54	119,63
	5	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Chi-square		1,709	2,564	2,359	4,263	3,861	5,370	7,201	1,647
df		3	3	3	3	3	3	3	3
Kruskal-Wallis (Asymp. Sig.)		,635	,464	,501	,234	,277	,147	,066	,649
Avaliação	1	22,00	53,50	96,50	215,00	141,00	56,00	107,00	69,00
	2	96,72	142,20	76,98	140,05	136,88	119,72	114,40	98,98
	3	120,63	119,60	110,71	117,05	115,27	116,40	114,96	115,67
	4	<u>133,22</u>	121,59	<u>147,08</u>	123,08	126,26	130,61	132,93	<u>136,78</u>
	5	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Chi-square		8,650	3,476	28,966	4,184	2,691	3,226	4,045	9,489
df		3	3	3	3	3	3	3	3
Kruskal-Wallis (Asymp. Sig.)		<u>,034</u>	,324	<u>,000</u>	,242	,442	,358	,257	<u>,023</u>
Aspetos pessoais	1	109,50	111,44	143,69	93,25	87,50	89,50	144,63	112,75
	2	106,67	132,27	78,97	132,30	114,75	106,05	120,85	114,20
	3	122,21	115,58	125,10	121,34	124,02	115,57	119,42	136,96
	4	131,40	130,54	131,71	125,27	128,19	<u>141,65</u>	125,77	108,86
	5	48,00	104,50	<u>244,00</u>	66,00	64,50	56,00	174,00	150,50
Chi-square		4,330	3,114	16,807	2,754	3,626	12,327	1,745	9,020
df		4	4	4	4	4	4	4	4
Kruskal-Wallis (Asymp. Sig.)		,363	,539	<u>,002</u>	,600	,459	<u>,015</u>	,783	,061
Gestão de tempo e trabalho	1	70,67	194,50	22,83	97,50	62,00	83,33	111,33	61,50
	2	126,58	121,58	86,13	128,19	138,41	104,27	114,36	121,53
	3	114,39	121,12	113,15	117,71	120,27	122,74	118,20	117,42
	4	128,47	122,27	143,28	126,40	123,17	129,30	133,02	133,48
	5	154,22	132,67	<u>152,56</u>	128,89	115,33	131,33	90,28	84,22
Chi-square		5,542	3,342	26,984	1,409	4,002	4,265	5,091	8,011
df		4	4	4	4	4	4	4	4
Kruskal-Wallis (Asymp. Sig.)		,236	,502	<u>,000</u>	,843	,406	,371	,278	,091

19. Discussão de Resultados

Neste capítulo será apresentada a discussão dos resultados do presente estudo, com intenção de os comparar com dados resultantes de outros estudos nesta temática. Serão, ainda, apresentadas considerações acerca da influência dos resultados na formação em ensino clínico e propostas alternativas de melhoria na mesma.

Com a utilização de testes de diferenças de médias, podemos analisar as hipóteses em estudo, com o intuito de compreender a influência dos momentos de stresse na aprendizagem e a eficácia das estratégias de *coping* adotadas.

Ao longo da discussão dos resultados obtidos no nosso estudo, apresentamos um constante confronto com os resultados do estudo de Custódio (2010), pela proximidade das finalidades de ambos e pelo facto do instrumento ESISECE ter sido construído e validado pela autora.

Como percebemos, o contexto clínico demonstra ser um ambiente de extrema complexidade a vários níveis, pelo desenvolvimento de habilidades e conhecimentos na área de saúde, bem como de capacidades relacionais e crescimento pessoal. Contudo, existem fatores intrínsecos e extrínsecos aos estudantes que demonstram influenciar, de forma positiva ou negativa, a vivência do período de aprendizagem. Desta forma, surge a necessidade de compreendermos os níveis de stresse percecionados pelos estudantes em ensino clínico.

Relativamente ao presente estudo, os estudantes demonstraram altos níveis de stresse, pois 44,9% (110) indicaram o nível 4 e 42% (103) o nível 5. São dados verificados em diversos estudos realizados anteriormente, com estudantes de enfermagem no contexto da prática clínica (Almeida, 2006; Cobo-Cuenca *et al.*, 2012; Blomberg *et al.*, 2014).

Na perceção do nível de stresse em ensino clínico, não se denotaram quaisquer diferenças significativas entre o sexo dos estudantes em ensino clínico, o que é corroborado por Magalhães (2004) e Blomberg *et al.* (2014). No entanto, os nossos resultados vão contra diversos estudos, os quais demonstram que o sexo feminino, de forma geral, apresenta maiores níveis de stresse (Almeida, 2006; Loureiro *et al.*, 2008; Custódio, Pereira e Seco, 2009; Telles de Freitas, 2009; Goff, 2011; Fórnes-Vives *et al.*, 2012; Shaban, Khater e Akhu-Zaheya, 2012).

Relativamente ao ano de curso, diversos estudos demonstram que os estudantes diminuem o nível de stresse no decorrer do curso, isto é, os estudantes do 4º ano, por norma, apresentam menores níveis de stresse relativamente aos estudantes do 3º (Barroso, 2009; Cobo-Cuenca *et al.*, 2012; Moya Nicolás *et al.*, 2013). Em sentido contrário, no nosso estudo, tal como apresentado por Admi (1997) e Almeida (2006), não são demonstradas diferenças significativas a nível de perceção de stresse entre os anos de curso.

A nível do ensino clínico considerado como o mais stressante, de entre os realizados, 38,4% (94) estudantes selecionaram o Ensino Clínico: Medicina, sendo seguido do Ensino Clínico: Cirurgia, com 24,1% (59) das considerações. Em alguns estudos, quando questionado acerca da situação indutora de maiores níveis de stresse, os estudantes inquiridos referiram situações ocorridas, essencialmente, nos ensinos clínicos de Medicina, de Cirurgia (Magalhães, 2004; Custódio, 2010) e/ou de Saúde Infantil e Pediatria (Almeida, 2006).

De uma forma geral, no nosso estudo, pelo menos 69,8% (171) dos estudantes consideraram mais stressante um ensino clínico do contexto hospitalar, o que se encontra de acordo com os estudos de Custódio (2010) e Blomberg *et al.* (2014), nos quais as percentagens se fixaram nos 68,7% e 67%, respetivamente.

Por forma a compreender e diferenciar as fontes de stresse em ensino clínico, temos que ter em consideração a diferença dos motivos de stresse de cada estudante, pelas próprias características pessoais, como pelos fatores externos (ensino clínico).

Neste estudo, podemos constatar que os principais fatores de stresse se centram nos aspetos pessoais dos estudantes, na capacidade de gestão de tempo e trabalho e, por último, na orientação em ensino clínico.

Em comparação com o estudo de Custódio (2010), pela particularidade de semelhança entre os dois estudos pelo instrumento utilizado, as situações identificadas, em ambos os estudos, como indutoras de maior stresse encontram-se de acordo. Neste último estudo, por ordem decrescente de incidência, as situações indutoras de stresse centram-se na avaliação, seguindo-se dos aspetos pessoais do estudante e as questões relacionadas com a gestão do tempo e trabalho.

Tal como apresentado noutros estudos, um dos principais fatores de stresse em ensino clínico provém dos próprios aspetos pessoais dos estudantes, demonstrando que os resultados obtidos neste estudo são consistentes na sua dimensão (Admi, 1997; Paulino, 2007; Chan, So e Fong, 2009; Custódio, 2010; López e López, 2011; Pulido-Martos, Augusto-Landa e Lopez-Zafra, 2012; Moya Nicolás *et al.*, 2013; Pereira *et al.*, 2014). Apesar do momento de aprendizagem do estudante, todas as suas ações, na área de saúde, requerem responsabilidade e poderão ter repercussões negativas e, como tal, o estudante poderá sentir-se pressionado por ainda não saber como lidar por não possuir conhecimentos e/ou capacidades.

As questões relacionadas com as capacidades de gestão de tempo e trabalho, como apresentado no nosso estudo e corroborado por outros, demonstram serem, de facto, preocupações dos estudantes na realização do ensino clínico (Cobo-Cuenca *et al.*, 2012; Pulido-Martos, Augusto-Landa e Lopez-Zafra, 2012; Sikander e Aziz, 2012). Na mesma vertente dos aspetos pessoais, no ensino clínico começam a surgir pequenos desafios para o estudante a nível da sua organização no trabalho. Algo que, previamente, eventualmente, nunca sentiu e, por ordem lógica, sente dificuldade na implementação de novos métodos.

Por fim, a orientação em ensino clínico demonstra, também, ser algo com o qual os estudantes afirmam desenvolver stresse pelas situações intrínsecas a esses momentos (Jimenez, Navia-Osorio e Diaz, 2010; Timmins *et al.*, 2011). A forma como o orientador ou enfermeiro se dirige ao estudante, o *feedback* do orientador ou enfermeiro (ou a falta dele), os métodos de orientação em ensino clínico, o desconhecimento por parte dos enfermeiros do serviço acerca das expectativas do estudante e da escola, são alguns dos exemplos referidos pelos estudantes como situações que promovem sentimentos de stresse adicionais ao ensino clínico em si.

Outros autores centram a sua atenção nos aspetos relacionados com a avaliação em ensino clínico, afirmando ser o principal foco de stresse num estudante (Rodrigues e Veiga, 2006; Custódio, 2010).

As situações que os estudantes em ensino clínico identificaram como menores potenciadoras de desenvolvimento de stresse prende-se às situações específicas de enfermagem, que envolvem as relações interpessoais com profissionais, clientes e familiares, a vivência da morte e sofrimento e a execução de procedimentos de enfermagem. Em outros estudos, foi verificado que, de facto, as situações inerentes à profissão promovem em menor escala stresse nos estudantes em ensino clínico (López e López, 2011; Cobo-Cuenca *et al.*, 2012; Moya Nicolás *et al.*, 2013; Pereira *et al.*, 2014).

Perante a diversidade de situações indutoras de stresse em ensino clínico, procuramos identificar as diferenças existentes entre o sexo, o ano de curso, a necessidade de deslocação de residência habitual, o estatuto de trabalhador estudante e o ensino clínico indutor de maior stresse.

Entre o sexo, os estudantes não demonstram diferenças significativas da origem do stresse em ensino clínico, o que vai contra o estudo de Custódio (2010) que demonstra que os estudantes do sexo feminino evidenciam maiores níveis de stresse indiferentemente do tipo de situação. No entanto, num diferente estudo, foi demonstrado que são os estudantes do sexo masculino que demonstram maiores níveis de stresse perante situações específicas de enfermagem, de avaliação de desempenho e resultantes de aspetos pessoais (Moya Nicolás *et al.*, 2013). Porém, no nosso estudo, os estudantes do sexo feminino, quando comparadas com o sexo masculino, identificam, de forma estatisticamente significativa, o cansaço psicológico e físico derivado do ensino clínico, bem como o tipo de horário atribuído, como principais fontes indutoras de stresse.

Já entre os anos de curso que realizam ensino clínico na escola em estudo, os estudantes demonstram existirem diferenças significativas na perceção das diferentes situações de stresse. Os estudantes do 3º ano referem que o stresse sentido deriva, essencialmente, das situações específicas de enfermagem, da avaliação e dos aspetos pessoais, quando comparados com os estudantes do 4º ano, o que é corroborado por alguns autores (López e López, 2011). Carvalhal (2003) afirma que o primeiro impacto dos

estudantes para com o ensino clínico, incluindo o espaço físico, o ambiente constrangedor de aprendiz e as novas relações profissionais, é um forte motivo para o desenvolvimento de stresse, o que corrobora os dados do nosso estudo. Já no estudo de Custódio (2010), apesar de a amostra incluir os estudantes dos quatro anos do CLE, conseguimos comparar, através das médias obtidas, o 3º e 4º ano. Assim, encontramos que os dados obtidos referentes à avaliação e aspetos pessoais estão de acordo com o nosso estudo, onde os estudantes do 3º ano manifestam mais stresse em maioria com estes fatores. Numa abordagem específica do nosso estudo, os estudantes do 4º ano, comparativamente com os do 3º, apenas revelam que a injustiça na avaliação e a falta de apoio dos professores supervisores é significativo para o desenvolvimento de sentimentos de stresse.

Como compreendemos, para além do potencial intelectual dos estudantes, as fontes de stresse podem variar pelas próprias características dos meios de aprendizagem e ensinos clínicos, tornando-se importante compreender as diferenças de stresse percecionado entre os diferentes ensinos clínicos. No presente estudo, os estudantes demonstraram que, quando identificado o Ensino Clínico: Saúde Familiar, pertencente ao 3º ano do CLE, o stresse deriva, essencialmente, de situações de avaliação e dos aspetos pessoais. Pela interpretação deste dado, podemos admitir que, eventualmente, as normas de avaliação no referido ensino clínico poderão, de alguma forma, não estarem/serem adequadas aos objetivos a que os estudantes são sujeitos. E, por outro lado, o facto de este ensino clínico nesta escola promover a autonomia, na realização de consultas (centro de saúde e domicílio), o estudante poderá sentir-se mais exposto e não se sentir confiante e confortável pela falta de experiência prévia ou pelas dificuldades na interação social, especialmente no estabelecimento inicial de uma relação, daí referirem os aspetos pessoais como uma das fontes mais promotoras de stresse.

De uma forma geral, sabemos que a satisfação com a realização da atividade profissional, neste caso com o curso, influencia a vivência e o processo de aprendizagem no mesmo. No presente estudo, a maioria dos estudantes demonstra estar satisfeito com o curso, pois 11% identificou o nível 5 de satisfação e 49,8% o nível 4.

Contudo, não conseguimos demonstrar existir relação significativa entre a satisfação com o curso e o nível de stresse percecionado. De entre os resultados obtidos, realçamos o facto de que os estudantes com um grau de satisfação menor (nível 1) apresentam maiores níveis de stresse, o que é corroborado por Araújo (2005). Esta última autora apresenta no seu estudo que a perceção da satisfação com o curso depende de variados fatores, sendo que se centra, essencialmente, em questões relacionadas com a adaptação ao próprio curso, na autoconfiança, na perceção do próprio estudante da presença de competências cognitivas e nos relacionamentos interpessoais com familiares e/ou amigos.

Outro fator a ter em conta na vivência de stresse e no processo curricular dos estudantes relaciona-se com o suporte emocional que os estudantes, pelas oportunidades que surgem, selecionam para os ajudar emocional e instrumentalmente. Como Antunes e Fontaine (2005) afirmam, existem variadíssimos estudos que comprovam que na adolescência, bem como na transição para a fase adulta, diferentes grupos de socialização podem ajudar nas novas adaptações. Estas autoras referem que a influência da família e pares é crucial no desenvolvimento pessoal de um adolescente e/ou adulto jovem, devido à relação de dependência entre ambos, da qual se destaca o apoio emocional, compreensão de sentimentos e toda a envolvimento íntima.

Neste estudo, a maioria dos estudantes selecionaram a família e o companheiro(a) / namorado(a) / cônjuge como principais suportes emocionais, com percentagens respetivas de 57,7% (134) e 28,6% (70), o que corrobora o apresentado por Antunes e Fontaine (2005). Em contrário, 1,2% (3) dos estudantes referiram não terem nenhuma pessoa como principal fonte de apoio. Quanto ao estudo de Custódio (2010), os estudantes inquiridos referiram que o seu maior suporte emocional se centra, essencialmente, no enfermeiro orientador no respetivo ensino clínico e/ou no companheiro(a) / namorado(a) / cônjuge.

Para compreendermos a influência do suporte emocional na vivência de stresse, no nosso estudo, não conseguimos perceber a existência de uma relação estatisticamente significativa. No entanto, como depreendemos, os estudantes que afirmaram não ter uma figura de suporte emocional apresentaram maiores níveis de stresse. Já no estudo de Araújo (2005), como referido anteriormente, os estudantes que evidenciaram maiores níveis de satisfação com o curso apresentavam fortes relacionamentos interpessoais com família e amigos, o que, por sua vez, nos indica que apresentariam menores níveis de stresse.

Pelos objetivos traçados no presente estudo, torna-se importante ter conhecimento acerca das estratégias e comportamentos adotados pelos estudantes nos momentos referidos como stressantes. Perceber de que modo os atuais comportamentos se adequam e são eficazes na gestão do stresse sentido em ensino clínico.

No presente estudo, os estudantes demonstraram utilizar, na maioria, estratégias de *coping* baseadas em assumir a responsabilidade, na procura de suporte social e na resolução planeada do problema. Podemos afirmar que os nossos dados são coerentes com a literatura, pois as principais estratégias utilizadas pelos estudantes inquiridos no estudo de Custódio (2010) se centram, essencialmente, na resolução do problema, no autocontrolo e na procura de suporte social/emocional.

A estratégia de *coping* baseada no assumir a responsabilidade das ações baseia-se, segundo Lazarus e Folkman (1984), no reconhecimento por parte do estudante do seu envolvimento no problema, com o intuito de o melhorar ou resolver a situação.

Os autores supracitados referem-se à procura de suporte social nos esforços do estudante para encontrar apoio, seja de carácter informativo, instrumental e/ou emocional.

Por fim, a resolução planeada do problema, tal como a estratégia descrita indica, baseia-se nos esforços focados no problema para alterar e/ou resolver a situação (Lazarus e Folkman, 1984).

Diferencialmente entre os sexos dos estudantes, não existem relações significativas pelas estratégias de *coping* aplicadas, podendo afirmar que o sexo não influencia na escolha de ações a realizar em momentos de stresse, tal como Ramos (2002), Telles de Freitas (2009), Lopes (2011) e Shaban, Khater e Akhu-Zaheya (2012) apresentam nos respetivos estudos. De uma forma específica, as estudantes, quando comparadas com os estudantes do sexo masculino, evidenciam utilizar mais a estratégia de autocritica e análise do próprio trabalho.

No estudo de Costa e Leal (2006) existem diferenças significativas entre o tipo de estratégias de *coping* utilizadas e o sexo dos estudantes, sendo que o sexo feminino parece procurar maioritariamente suporte social e o sexo masculino adota comportamentos de fuga e evitamento ou planeia a resolução dos problemas encontrados. Já no confronto com o estudo de Custódio (2010), os estudantes do sexo masculino demonstraram utilizar, preferencialmente, estratégias de *coping* centradas no problema, quando comparados com o sexo feminino.

Já entre o ano de curso dos estudantes, os estudantes do 4º ano evidenciam utilizar mais, a nível estatístico no nosso estudo, estratégias de *coping* baseadas na resolução planeada do problema, quando comparados com os do 3º. No estudo de Custódio (2010), os estudantes pertencentes ao 3º ano, quando comparados aos estudantes dos restantes anos do CLE, tendem a utilizar mais tanto as estratégias de *coping* centradas no problema como nas emoções.

De forma específica, os estudantes do 4º ano indicam utilizar a estratégia “*Critiquei-me ou analisei-me a mim próprio(a)*”, quando comparados com o 3º ano.

Pela diferenciação entre os estudantes que necessitaram deslocar-se da residência habitual para a realização do CLE e os que não apresentaram essa mesma necessidade, podemos perceber que os segundos utilizam, maioritariamente, estratégias baseadas na resolução planeada do problema, na reavaliação positiva do problema e assumir a responsabilidade das próprias ações. Costa e Leal (2006) demonstraram, no seu estudo, que os estudantes deslocados da sua residência original, tendencialmente, utilizam estratégias de distanciamento do problema. Como depreendemos, os estudantes que necessitam deslocar-se da residência habitual, pela complexidade das adaptações nesta fase da vida, a sua atenção e preocupação estará direcionada para diversas vertentes, o que, por sua vez, justifica a adoção de comportamentos de distanciamento para algumas situações. Justificação essa que se poderá prender ao facto de estes estudantes se sentirem cansados ou preocupados com demais problemas extracurriculares.

Relativamente à satisfação com o curso, podemos observar que os estudantes mais satisfeitos (nível 5) utilizam, maioritariamente, estratégias de *coping* baseadas na procura de suporte social, na resolução planeada do problema e na reavaliação positiva do problema. Em sentido inverso, os estudantes menos satisfeitos (nível 2) optam pela fuga e evitamento perante situações de stresse. Em diferentes estudos (Pacheco, 2008; Barroso, 2009; Custódio, 2010), os dados apresentados no nosso estudo tornam-se relevantes, na medida em que, de maneira geral confirmam que os estudantes, quando satisfeitos com a sua *performance* e com o curso de enfermagem, adotam estratégias de *coping* positivas e, em sentido contrário, quando descontentes, as estratégias negativas são usadas maioritariamente.

Consoante o suporte emocional mencionado pelos estudantes, o tipo de estratégias de *coping*, de uma forma geral, não se diferenciam. Confrontando especificamente os itens da escala, os estudantes que têm o(a) amigo(a) como principal suporte emocional, optam por comer, beber, fumar e/ou usar drogas e medicamentos como método de combater as situações. Lazarus (2003) afirma que em momentos de stresse, as pessoas podem adotar estratégias de enfrentamento positivas ou negativas. No entanto, o suporte emocional ou a convivência social pode determinar quais as atitudes a seguir. Como tal, os amigos, pela intimidade e pela partilha de experiências semelhantes, adotam comportamentos semelhantes para diferentes situações, sendo que o convívio é a atitude central. Convívio esse proporcionado pelo comer, beber, fumar em momentos apropriados, ou então, pela adoção de comportamentos aditivos como o uso de drogas e/ou medicamentos.

Quando a família demonstra ser o suporte elegido, os estudantes, de forma lógica, no estudo realizado demonstram procurar o apoio de familiares e falar sobre os próprios sentimentos com estes. Facto este que poderá estar relacionado com a construção e desenvolvimento da autonomia e independência do estudante no momento de decisões e escolhas.

Os estudantes que não referem nenhum suporte emocional principal optam por rezar como principal estratégia de *coping*. Panzini e Bandeira (2007) afirmam que o *coping* religioso apresenta diversas finalidades, sendo que, nos momentos em que uma pessoa não encontra um suporte social e/ou emocional capaz de resolver ou ajudar na resolução do problema, rezar pode promover um ajustamento psicológico e social, ajudando a encontrar pensamento equilibrados, motivando a pessoa a pensar de forma positiva, encontrando esperança em si mesmo.

Como sabemos, diferentes níveis e momentos de stresse proporcionam diferentes atuações por parte dos estudantes. Os estudantes, neste estudo, demonstram que com altos níveis de stresse (nível 5) optam por utilizar estratégias de *coping* baseadas no autocontrolo e/ou de fuga e evitamento das situações. Tal facto vai de encontro ao estudo de Kristensen, Schaefer e Busnello (2010), sendo que os participantes que demonstraram maiores níveis e

sintomas de stresse, para além de utilizarem, principalmente, estratégias de fuga e evitamento, também investem na procura de suporte social, no *coping* confrontativo e no distanciamento.

Neste estudo foi-nos possível compreender de que forma, os estudantes inquiridos, lidam com as diferentes situações indutoras de stresse inerentes ao ensino clínico.

Os estudantes demonstraram que nos casos em que o stresse resulta da orientação recebida, por parte dos professores e enfermeiros dos serviços, maioritariamente utilizam estratégias de *coping* baseadas no autocontrolo, na fuga e evitamento, num estilo confrontativo e no distanciamento da situação. A nível do stresse resultante dos processos de avaliação, os estudantes demonstram utilizar, geralmente, estratégias baseadas no autocontrolo, na fuga e evitamento e no distanciamento da situação stressora. Quando o stresse é decorrente dos aspetos pessoais, os estudantes demonstram fugir e evitar a situação ou, em sentido contrário, assumir a responsabilidade dos seus atos. Por último, quando o stresse é decorrente das capacidades de gestão de tempo e trabalho, os estudantes fogem e evitam as situações indutoras. Relativamente às situações stressoras específicas de enfermagem, os estudantes não admitem diferenciar o seu tipo de atuação. De uma forma geral, segundo os dados estatísticos obtidos neste estudo, os estudantes inquiridos demonstram utilizar estratégias de *coping* centradas nas emoções, o que vai contra o estudo de Custódio (2010), no qual os estudantes participantes demonstraram utilizar, essencialmente, estratégias de *coping* centradas no problema.

Após a análise dos resultados obtidos ao longo do estudo, incluindo as fontes promotoras de stresse nos estudantes em ensino clínico e os comportamentos adotados pelos mesmos para manter níveis de stresse saudáveis e estáveis, percebemos que as escolas de enfermagem apresentam um papel fundamental no processo de aprendizagem. Posto isto, compreendemos a necessidade de estudo de processos supervisivos adequados que possam contribuir de forma positiva na vivência de stresse por parte dos estudantes.

A supervisão clínica, segundo diversos autores, demonstra ser um processo de ensino e aprendizagem, no qual a interação social e o pensamento crítico-reflexivo são as bases do seu sucesso. No processo supervisivo podemos destacar os supervisores e os supervisados, onde os segundos poderão ser enfermeiros (supervisão de pares) ou estudantes (supervisão de estudantes). Um dos objetivos fundamentais da supervisão clínica centra-se no apoio formal e informal do supervisado na determinação de métodos de trabalho e respetiva organização, não esquecendo a importância do estabelecimento de relações de empatia com os clientes e equipa interdisciplinar.

Como compreendemos, a supervisão clínica em enfermagem apresenta diversas vantagens quando aplicado um programa adequado e exequível. De entre todos os benefícios referenciados, devemos realçar a promoção do pensamento reflexivo e o desenvolvimento

de capacidades intelectuais e técnicas, o que, por sua vez, melhora a qualidade e garante um maior nível de segurança nos cuidados prestados à comunidade.

Devido à temática abordada neste estudo, destacamos a influência positiva dos processos supervisivos na aprendizagem dos estudantes de enfermagem em ensino clínico. Isto pois, como apresentado anteriormente, a supervisão clínica tem comprovado que, de facto, é um caminho a seguir pela eficácia demonstrada até então. Eficácia percebida nos conhecimentos científicos e técnicos dos estudantes o que, pela sua complexidade, melhora a qualidade dos cuidados prestados aos clientes.

Como recomendação para pesquisas futuras, com os dados obtidos no nosso estudo, sugere-se o desenvolvimento de estudos que visem a construção de um modelo de intervenção junto dos estudantes do CLE, que promova o desenvolvimento de competências pessoais e profissionais, facilite a aprendizagem em ensino clínico, promova o sucesso académico e, por sua vez, construa um profissional mais adaptado às exigências da profissão.

CONCLUSÃO

Nas últimas décadas, a Enfermagem tem crescido de forma exponencial, apresentando-se como uma profissão cada vez mais reconhecida e com influência nos métodos de trabalho na área de saúde em Portugal. Tal facto deve-se ao desenvolvimento da formação e, consequentemente, das competências dos enfermeiros.

A supervisão de estudantes, com a adequação dos seus processos e enquadramento nos métodos de ensino de Enfermagem, apresenta diversas vantagens na qualidade do ensino e, com isso, os estudantes, futuros profissionais, iniciam a sua carreira profissional com um vasto leque de ferramentas fundamentais para o exercício da profissão. No entanto, como depreendemos dos resultados obtidos neste estudo, o desenvolvimento das capacidades dos estudantes não depende apenas da intenção de envolvimento das escolas no processo de aprendizagem. As características pessoais dos estudantes e os fatores indutores de stresse provenientes do ensino clínico, assim como os comportamentos adotados na gestão de stresse são questões a ponderar na qualidade do ensino-aprendizagem, âmbito onde se insere a investigação da presente dissertação de mestrado.

O stresse é proveniente de diversas vertentes, sendo que depende da interpretação dos estudantes, isto é, pelo impacto percebido das situações, sendo que o estudante poderá sentir-se mais ou menos confortável e/ou preparado para lidar e gerir as emoções. Segundo a bibliografia, as estratégias de *coping* referem-se às atitudes e comportamentos adotados em situações de desconforto ou confronto, nas quais o estudante toma decisões que podem ajudar ou prejudicar a vivência do referido momento (Monat e Lazarus, 1991; Ramos, 2005; Serra, 2007; Pais Ribeiro, 2009).

Como instrumentos de recolha de dados, optamos por unir quatro diferentes questionários, para que nos fosse possível compreender as diferentes variáveis e compreender as suas relações. Inicialmente, utilizamos um questionário de identificação, no qual são questionadas características sociodemográficas e, posteriormente, um questionário referente ao ensino clínico considerado como mais stressante até ao momento da aplicação do questionário. Por forma a identificarmos as fontes de stresse, utilizamos a Escala de Situações Indutoras de Stresse em Ensino Clínico de Enfermagem (ESISECE) e o Questionário de Estratégias de *Coping* (QEC) com o intuito de conhecermos as principais estratégias adotadas pelos participantes em momentos de stresse.

No estudo realizado, no total de 245 participantes, 87,8% são do sexo feminino e os restantes 12,2% do sexo masculino, o que vai de encontro ao atual panorama do Curso de Licenciatura em Enfermagem (CLE) nas escolas de Portugal. Relativamente aos anos de curso inquiridos, obtivemos uma amostra homogénea, na qual 51,4% pertencem ao 3º ano e 48,6%

ao 4º ano do CLE, o que nos possibilita de compreender as diferenças entre os anos com maior exatidão.

Relativamente à temática do stresse, podemos concluir que os estudantes em ensino clínico do CLE apresentam níveis moderados a altos de stresse, independentemente do sexo ou do ano de curso. Como sabemos, as fontes promotoras poderão variar consoante a interpretação das situações, sendo que, essencialmente, deriva dos aspetos pessoais dos estudantes, das capacidades de gestão do tempo e do trabalho e da orientação em ensino clínico. Podemos afirmar que, naturalmente, existem diferenças entre os anos de curso, sendo que os estudantes do 3º ano identificam maiores níveis de stresse nas situações específicas da profissão, nos momentos de avaliação e associados às características pessoais, quando comparados com o 4º ano. Estas são questões gerais às quais os estudantes que iniciam ensino clínico pela primeira vez não estão acostumados e/ou nunca foram confrontados. No entanto, de uma forma geral, os estudantes apresentam maiores níveis de stresse na realização de ensinamentos clínicos em meio hospitalar.

Para além dos fatores concretos e expectáveis potenciadores de stresse, o nível de satisfação com o curso e o suporte emocional que os estudantes identificam como o principal recurso demonstram serem características que influenciam no nível de perceção de stresse. Podemos concluir que os estudantes com menores níveis de satisfação com o curso apresentam maiores níveis de stresse, o que se justifica pela dificuldade de um estudante se adaptar às condições do próprio CLE e pelos ambientes inerentes. Por outro lado, os estudantes que não identificam nenhum suporte emocional apresentam maiores níveis de stresse, pela falta de ferramentas e diferentes perspetivas para lidar com situações de stresse.

As atitudes e comportamentos adotados perante situações desconfortáveis e/ou de stresse varia consoante as características pessoais e pelas variantes externas. No entanto, conseguimos compreender que as principais estratégias de *coping* utilizadas pelos estudantes em ensino clínico de enfermagem se centram no assumir a responsabilidade do problema, na procura de suporte social e/ou emocional e na resolução planeada do problema, sendo que existem diferenças entre os estudantes consoantes as suas características e condições.

Os estudantes do 4º ano, como expectável nos estudantes finalistas, quando comparados com os estudantes do 3º ano, resolvem os problemas de uma forma mais planeada, com intenção direta de resolver as situações.

Relativamente à diferenciação entre os estudantes deslocados da residência habitual e os que não apresentam essa necessidade, podemos afirmar que os deslocados apresentam uma propensão para se distanciarem dos problemas enquanto os não deslocados resolvem os problemas de forma mais planeada.

Quanto ao grau de satisfação com o curso, os estudantes com menores níveis de satisfação, como expectável, tendencialmente fogem e/ou evitam os problemas, sendo que

em sentido contrário, quando referem maiores níveis de satisfação, a procura de suporte emocional, a resolução planeada dos problemas e a reavaliação positiva das situações são as estratégias de *coping* mais utilizadas.

Consoante a identificação do principal suporte emocional podemos identificar especificamente quais os comportamentos tendencialmente adotados pelos estudantes em ensino clínico. Inicialmente, quando a família é o suporte principal, a procura de suporte emocional é o comportamento mais procurado entre os estudantes. Quando os estudantes identificam os amigos, os comportamentos mais procurados centram-se nos convívios sociais, como comer, beber, usar drogas e/ou medicamentos. Quando não identificam nenhum suporte emocional, os estudantes optam por rezar como uma das atitudes principalmente adotadas.

Podemos afirmar que, quando os estudantes percecionam altos níveis de stresse, optam por estratégias de polos opostos, sendo que optam por comportamentos de autocontrolo (positivo) ou então de fuga e evitamento (negativo).

Especificamente abordando as diferentes fontes de stresse do ensino clínico, apresentamos as diferenças das estratégias de *coping* dos estudantes perante as situações. Nos momentos em que os estudantes percecionam stresse com origem na orientação em ensino clínico e/ou dos métodos de avaliação de desempenho, os estudantes diferem nos comportamentos adotados, sendo que optam, principalmente, por estratégias de autocontrolo, *coping* confrontativo ou então de distanciamento e/ou fuga e evitamento. Se existirem momentos em que os estudantes sentem que as suas características pessoais não são suficientes e/ou adequadas para enfrentar o problema, como a capacidade de gerir o tempo e o trabalho, por exemplo, estes optam por ou assumir a responsabilidade das suas ações ou capacidades ou então por fugir e evitar as situações problemáticas. De uma forma geral, os resultados apontam para que os estudantes em situações stressantes optam, essencialmente, por adotar estratégias de *coping* centradas nas emoções.

Com os dados obtidos nesta investigação, podemos verificar e conhecer as principais áreas nas quais os estudantes em ensino clínico sentem maiores dificuldades, tanto o que promove sentimentos de insegurança e stresse, como a adequação de comportamentos para gerir o stresse.

A supervisão de estudantes demonstra ser um dos métodos adequados a desenvolver por forma a ajudar os estudantes a realizarem os ensinamentos clínicos com sucesso, pois, segundo alguns autores, apoia na interpretação das situações indutoras de stresse e nas atitudes e comportamentos a adotar para manterem níveis de stresse equilibrados e saudáveis (Clough, 2003; Abreu, 2007; Silva, Pires e Vilela, 2011). Na opinião de Simões e Garrido (2007), com o apoio e a ajuda dos supervisores, os estudantes desenvolvem capacidades pessoais e profissionais que promovem a qualidade e a segurança dos cuidados prestados enquanto estudantes e futuramente como profissionais de saúde.

No que concerne aos objetivos da investigação realizada no âmbito desta dissertação de mestrado, podemos afirmar que os objetivos definidos foram atingidos, pois conseguimos identificar as principais situações indutoras de stresse e as principais estratégias de *coping* utilizadas pelos estudantes de enfermagem em ensino clínico, e identificar áreas da supervisão clínica a estudar com intuito de promover uma adaptação positiva em situações de stresse. Relativamente às dificuldades sentidas, devemos referir a dificuldade do estabelecimento do termo stresse na área concreta de enfermagem e do ensino.

O conhecimento e sensibilização das escolas sobre as dificuldades e comportamentos (des)adequados dos estudantes em momentos de stresse ajuda a desenvolver os métodos de ensino, tornando, por sua vez, a implementação de processos de supervisão de estudantes fulcral para a qualidade dos cuidados prestados em saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABREU, Wilson C. - Supervisão Clínica em Enfermagem: Pensar as Práticas, Gerir a Formação e Promover a Qualidade. *Sinais Vitais*. 2002, nº45, p.53-57;
- ABREU, Wilson C. - *Formação e aprendizagem em contexto clínico: Fundamentos, teorias e considerações didáticas*. Coimbra: Formasau, 2007;
- ADAMI, Hanna - Nursing Students' Stress During the Initial Clinical Experience. *Journal of Nursing Education*. 1997, vol. 36, nº7, p.323-327;
- ALARCÃO, Isabel; RUA, Marília - Interdisciplinidade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto & Contexto de Enfermagem*. 2005, vol. 14, nº3, p.373-382;
- ALARCÃO, Isabel; TAVARES, José - *Supervisão da prática pedagógica: uma perspetiva de desenvolvimento e aprendizagem*. 2ª Edição. Coimbra: Almedina, 2003;
- ALDWIN, Carolyn M. - *Stress, Coping and Development: An Integrative Perspective*. Nova Iorque: The Guildford Press, 1994;
- ALMEIDA, Teresa - *Contributos da Supervisão na Gestão do Stresse dos Alunos em Ensino Clínico*. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2006 (Tese de Mestrado);
- AL-ZAYYAT, Abdulkarim S.; AL-GAMAL, Ekhlas - Perceived stress and coping strategies among Jordanian nursing students during clinical practice in psychiatric/mental health courses. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2014, vol. 23, p.326-335;
- ANTONIAZZI, Adriane S.; DELL'AGLIO, Débora D.; BANDEIRA, Denise R. - O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estudo de Psicologia*. 1998, vol. 3, nº2, p.273-294;
- ANTUNES, Cristina; FONTAINE, Anne Marie - Perceção de apoio social na adolescência: Análise fatorial confirmatória da escala *Social Support Appraisals*. *Paidéia*. 2005, vol. 15, nº32, p.355-366;
- ARAÚJO, Beatriz R. - *Vivências, Satisfação e Rendimento Académicos em Estudantes de Enfermagem*. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, 2005 (Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem);
- ARIELI, Daniella - Emotional Work and Diversity in Clinical Placements of Nursing Students. *Journal of Nursing Scholarship*. 2013, vol. 45, nº2, p.192-201;
- BANDURA, Albert - *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. Nova Iorque: W.H. Freeman and Company, 1997;
- BARROSO, Isabel - *O Ensino Clínico no Curso de Licenciatura em Enfermagem: Estudo sobre as experiências de aprendizagem, situações e fatores geradores de stresse nos estudantes*. Porto: Universidade do Porto, I.C.B.A.S., 2009 (Tese de Mestrado);

- BÉGAT, Ingrid; SEVERINSSON, Elisabeth - Reflection on how clinical nursing supervision enhances nurses' experiences of well-being related to their psychosocial work environment. *Journal of Nursing Management*. 2006, nº14, p.610-616;
- BENAVENTE, Sonia B; COSTA, Ana L. - Respostas fisiológicas e emocionais ao estresse em estudantes de enfermagem: revisão integrativa da literatura científica. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2011, vol. 24, nº4, p. 571-576;
- BENSABAT, Soly; colab. SELYE, Hans - *Stress: de grands spécialistes répondent*. Hachette: 1980;
- BRUNERO, Scott; STEIN-PARBURY, Jane - The effectiveness of clinical supervision in nursing: an evidenced based literature review. *Australian Journal of Advanced Nursing*. 2008, vol. 25, nº3, p.86-94;
- CAMPOS, Inês C. R. - *Mecanismos de coping e saúde mental em Enfermeiros*. Universidade Fernando Pessoa - Faculdade de Ciências da Saúde: Porto, 2012. Projeto de graduação como parte dos requisitos para obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem;
- CARVALHAL, Rosa - *Parcerias na formação. Papel dos orientadores clínicos: Perspetiva dos atores*. Loures: Lusociência, 2003;
- CARVALHO, António L. - *Fatores que influenciam a aprendizagem do aluno de enfermagem*. Porto: Universidade do Porto, I.C.B.A.S., 1996 (Tese de Mestrado);
- CARVALHO, António L. - *Avaliação da aprendizagem em ensino clínico no curso da licenciatura em enfermagem*. Lisboa: Instituto Piaget, 2004;
- CHAN, Christine; SO, Winnie; FONG, Daniel - Hong Kong baccalaureate nursing students' stress and their coping strategies in clinical practice. *Journal of Professional Nursing*. 2009, vol. 25, nº5, p.307-313;
- CHANGIZ, Tahereh; MALEKPOUR, Alireza; ZARGHAM-BOROUJENI, Ali - Stressors in clinical nursing education in Iran: A systematic review. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 2012, vol. 17, nº6, p.399-407;
- CHERNOMAS, Wanda M.; SHAPIRO, Carla - Stress, Depression, and Anxiety among Undergraduate Nursing Students. *International Journal of Nursing Education Scholarship*. 2013, vol. 10, nº1, p.255-266;
- CHIPAS, Anthony *et al.* - Stress: Perceptions, Manifestations, and Coping Mechanisms of Student Registered Nurse Anesthetists. *American Association of Nurse Anesthetists Journal*. 2012, vol. 80, nº4, p.49-55;
- CILINGIR, Dilek *et al.* - Nursing and midwifery college students' expectations of their educators and perceived stressor during their education: A pilot study in Turkey. *International Journal of Nursing Practice*. 2011, vol.17, p.486-494;
- CLOUGH, Anita - Clinical supervision in primary care. *Primary Health Care*. 2003, vol. 13, nº9, p.15-18;

- COBO-CUENCA, Ana *et al.* - Estresores y ansiedad de los estudiantes de enfermería en sus primeras prácticas clínicas. *Ansiedad y Estrés*. 2012, vol. 18, nº2-3, p.91-101;
- CONNER, Megan - Self-Efficacy, Stress, and Social Support in Retention of Student Registered Nurse Anesthetists. *American Association of Nurse Anesthetists Journal*. 2015, vol. 83, nº2, p.133-138;
- CORRAL-MULATO, Sabrina *et al.* - Estresse na vida do acadêmico em enfermagem: (Des)conhecimento e prevenção. *Investigación y Educación en Enfermería*. 2011, vol. 29, nº1, p.109-117;
- COSTA, Etã S.; LEAL, Isabel P. - Estratégias de coping em estudantes do Ensino Superior. *Análise Psicológica*. 2006, vol. XXIV, nº2, p.189-199;
- COSTA, Nuno - *Formação em Contexto Clínico: A perspectiva do estudante de enfermagem*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2012 (Tese de Mestrado);
- COSTA, Paul T.; SOMERFIELD, Mark R.; McCRAE, Robert R. - *Personality and Coping: A Reconceptualization*. In: ZEIDNER, M.; ENDLER, N. (Eds.). *Handbook of Coping: Theory, Research, Applications*. Nova Iorque: John Wiley & Sons, 1996. Cap. 3 (p.44-61);
- COYNE, James C.; LAZARUS, Richard S.; ALDWIN, Carolyn - Depression and Coping In Stressful Episodes. *Journal of Abnormal Psychology*. 1981, vol. 90, nº5, p.439-447;
- CUSTÓDIO, Susana; PEREIRA, Anabela; SECO, Graça - Stresse e estratégias de coping dos estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Actas do X Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia*. Braga: Universidade do Minho, 2009, p.4670-4683;
- CUSTÓDIO, Susana - *Stress, Suporte Social, Optimismo e Saúde em Estudantes de Enfermagem em Ensino Clínico*. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2010. Tese de Doutoramento em Psicologia;
- DEMIR, Sati *et al.* - Effect of Mentoring Program on Ways of Coping with Stress and Locus of Control for Nursing Students. *Asian Nursing Research*. 2014, vol. 8, p.254-260;
- DEPARTMENT OF HEALTH - *Making a difference: clinical supervision in primary care*. NHS, 2000;
- DEWE, Philip J.; O'DRISCOLL, Michael P.; COOPER, Cary, L. - *Coping with stress*. Malden, USA: Wiley-Blackwell, 2010;
- DIRETIVA 2005/36/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 7 de Setembro de 2005;
- DUNKEL-SCHETTER, Christine; FOLKMAN, Susan; LAZARUS, Richard S. - Correlates of Social Support Receipt. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1987, vol. 53, nº1, p.71-80;
- ECKENRODE, John - *The Social Context of Coping*. Ithaca, Nova Iorque: Plenum Press, 1991;
- FERREIRA, Manuela M.; TAVARES, José; DUARTE, João - Competências relacionais de ajuda nos Estudantes de Enfermagem. *Revista Referência*. 2006, série II, nº2, p.51-62;

- FOLKMAN, Susan; LAZARUS, Richard S. - If It Changes It Must Be a Process: Study of Emotion and Coping During Three Stages of College Examination. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1985, vol. 48, nº1, p.150-170;
- FÓRNES-VIVES, Joana *et al.* - Stress and Neuroticism in Spanish Nursing Students: A Two-Wave Longitudinal Study. *Research in Nursing & Health*. 2012, nº.35, p.589-597;
- FORTIN, Marie-Fabienne - *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta, 2009;
- FRYDENBERG, Erica - Coping Competencies: What to teach and when. *Theory into Practice*. 2004, vol.43, nº 1, p.14-22;
- FRYDENBERG, Erica - *Learning to Cope: Developing as a Person in Complex Societies*. Oxford University Press, 1999;
- GIBBONS, Chris - Stress, coping and burn-out in nursing students. *International Journal of Nursing Studies*. 2010, vol. 47, p.1299-1309;
- GOFF, Anne-Marie - Stressors, Academic Performance, and Learned Resourcefulness in Baccalaureate Nursing Students. *International Journal of Nursing Education Scholarship*. 2011, vol. 8, nº1, article 1;
- HOBFOLL, Stevan E.; VRIES, Marten W. - *Extreme Stress and Communities: Impact and Intervention*. Kluwer Academic Publishers: 1995; NATO ASI Series - Serie D: Behavioral and Social Sciences - Vol. 80;
- HOLAHAN, Charles J.; MOOS, Rudolf H. - Personal and Contextual Determinants of Coping Strategies. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1987, vol. 52, nº5, p.946-955;
- HOLAHAN, Charles J.; MOOS, Rudolf H.; SCHAEFER, Jeanne A. - *Coping, Stress Resistance, and Growth: Conceptualizing*. In: ZEIDNER, M.; ENDLER, N. (Eds.), *Handbook of Coping: Theory, Research, Applications*. Nova Iorque: John Wiley & Sons, 1996. Cap. 2 (p.24-43);
- HSIAO, Ya-Chu *et al.* - Spiritual health, clinical practice stress, depressive tendency and health-promoting behaviors among nursing students. *Journal of Advanced Nursing*. 2010, vol. 66, nº7, p.1612-1622;
- CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (ICN) - *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE): versão 2*. Ed. Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros, 2011;
- JENKINS, Sheryl D.; KERBER, Cindy S.; WOITH, Wendy M. - An Intervention to Promote Civility Among Nursing Students. *Nursing Education Research*. 2013, vol. 34, nº2, p.95-100;
- JIMENEZ, Cristobal; MARTÍNEZ NAVIA-OSORIO, Pilar; VACAS DIAZ, Carmen - Stress and health in novice and experienced nursing students. *Journal of Advanced Nursing*. 2010, vol. 66, nº2, p.442-455;
- KING-JONES, Malena - Horizontal Violence and the Socialization of New Nurses. *Creative Nursing*. 2011, vol. 17, nº2, p.80-86;

- KLAININ-YOBAS, Piyanee *et al.* - The mediating effects of coping on the stress and health relationships among nursing students: a structural equation modelling approach. *Journal of Advanced Nursing*. 2013, vol. 70, nº6, p.1287-1298;
- KRISTENSEN, Christian; SCHAEFER, Luiziana; BUSNELLO, Fernanda - Estratégias de coping e sintomas de stress na adolescência. *Estudos de Psicologia*. 2010, vol. 27, nº1, p.21-30;
- LAZARUS, Richard S. - *Emotions and Adaptation*. Nova Iorque: Oxford University Press, 1991;
- LAZARUS, Richard S. - From psychological stress to the emotions: a history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology*. 1993, vol. 44, p.1-21;
- LAZARUS, Richard S. - *Evolution of a Model of Stress, Coping, and Discrete Emotions*. In: RICE, Virginia (Ed.), *Handbook of stress, coping and health: implications for nursing research, theory and practice*. California: Sage Publications, 2000. Cap. 9 (p.195-222);
- LAZARUS, Richard S. - The Lazarus Manifesto for Positive Psychology and Psychology in General. *Psychology Inquiry*. 2003, vol. 14, nº2, p.173-189;
- LAZARUS, Richard S. - Emotions and Interpersonal Relationships: Toward a Person-Centered Conceptualization of Emotions and Coping. *Journal of Personality*. 2006, vol. 74, nº1, p.9-46;
- LAZARUS, Richard S.; FOLKMAN, Susan - *Stress, Appraisal, and Coping*. Nova Iorque: Springer Publishing Company, 1984;
- LÓPEZ, Francisca; LÓPEZ, María J. - Situaciones generadoras de estrés en los estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas. *Ciencia y Enfermería XVII*. 2011, nº2, p.47-54;
- LÓPEZ GONZÁLEZ, Jose M; ORBAÑANOS PEIRO, Luis; CIBANAL JUAN, Manuel - Identificación de estresores en las prácticas clínicas y evolución de los mismos en una promoción de alumnos de enfermería. *Sanidad Militar*. 2013, vol. 69, nº1, p.13-21;
- LOUREIRO, Elizabete *et al.* - A relação entre o stress e os estilos de vida nos estudantes de medicina da Faculdade de Medicina do Porto. *Acta Médica Portuguesa*. 2008, nº21, p.209-214;
- MAGALHÃES, Clarisse M. - *Stresse dos alunos de enfermagem em ensino clínico: estudo exploratório*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2004. Tese de Mestrado em Saúde Pública;
- MAZHINDU, Deborah M. - Ideal Nurses: the social construction of emotional labour. *European Journal of Psychotherapy, Counselling & Health*. 2003, vol. 6, nº3, p.243-262;
- MENDES, Aida M. - *Stress e Imunidade: contribuição para o estudo dos factores pessoais nas alterações imunitárias relacionadas com o stress*. Coimbra: Formasau, 2002;
- MONAT, Alan; LAZARUS, Richard S. - *Stress and Coping: An Anthology*. 3ª Edição, Nova Iorque: Columbia University Press, 1991;

- MOREIRA, Danila P.; FUREGATO, Antonia R. - Estresse e depressão entre alunos do último período de dois cursos de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2013, vol. 21, nº8;
- MORIDI, Golrokh; KHALEDI, Shahnaz; VALIEE, Sina - Clinical training stress-inducing factors from the students' viewpoint: A questionnaire-based study. *Nurse Education in Practice*. 2014, vol. 14, p.160-163;
- MOYA NICOLÁS, María *et al.* - Percepción del estrés en los estudiantes de Enfermería ante sus prácticas clínicas. *Enfermería Global*. 2013, nº31, p.232-243;
- NATIONAL HEALTH SERVICE (NHS) - *Clinical Supervision Policy*. Community Health Oxfordshire: Community Health Oxfordshire Clinical Quality and Governance Group, 2010;
- PACHECO, Susana - *Stress e Mecanismos de Coping nos Estudantes de Enfermagem. Referência*, vol. 2, nº7. (2008), p.89-95;
- PAIS RIBEIRO, José L. - Coping: estratégias de gestão do stress. *Executive Health and Wellness: excelência em saúde*. 2009, vol. 1, nº 9, p.28-29;
- PAIS RIBEIRO, José L.; SANTOS, Carla - Estudo conservador de adaptação do *Ways of Coping Questionnaire* a uma amostra e contexto portugueses. *Análise Psicológica*. 2001, 4 (XIX), p.491-502;
- PANZINI, Raquel; BANDEIRA, Denise - *Coping* (enfrentamento) religioso/ espiritual. *Revista de Psicologia Clínica*. 2007, vol. 34, nº1, p.126-135;
- PARKER, James D.; ENDLER, Norman S. - *Coping and Defense: A Historical Overview*. In: ZEIDNER, M.; ENDLER, N. (Eds.). *Handbook of Coping: Theory, Research, Applications*. Nova Iorque: John Wiley & Sons, 1996. Cap. 1 (p.3-23);
- PASCHOAL, Tatiane; TAMAYO, Alvaro - Impacto dos Valores Laborais e da Interferência Família-Trabalho no Estresse Ocupacional. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2005, vol. 21, nº2, p.173-180;
- PAULINO, Manuel - Vivências e percepções do estágio nos estudantes de enfermagem. *Revista de Investigação*. 2007, nº16, p.4-9;
- PORTARIA Nº 799-D/99 - Aprova o Regulamento Geral do Curso de Licenciatura em Enfermagem. Diário da República nº 219, Suplemento Série I-B. 1999, 18 de Setembro;
- PULIDO-MARTOS, Manuel; AUGUSTO-LANDA, José M.; LOPEZ-ZAFRA, Esther - Sources of stress in nursing students: a systematic review of quantitative studies. *International Nursing Review*. 2012, nº 59, p.15-25;
- RAMOS, José L. - *Stress e Coping dos Enfermeiros no hospital: Contexto de urgência/contexto de cirurgia*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, 2002. Tese de Mestrado em Ciências de Enfermagem;
- RAMOS, Marco - *Crescer em stress: Usar o stress para envelhecer com sucesso*. Porto: Ambar, 2005;

- RAMVI, Ellen - The risk of entering relationships: experiences from a Norwegian hospital. *Journal of Social Work Practice*. 2011, vol. 25, nº3, p.285-296;
- REEVE, Kristen L. et al. - Perceived stress and social support in undergraduate nursing students' educational experiences. *Nurse Education Today*. 2013, vol. 33, p.419-424;
- RODRIGUES, Carina; VEIGA, Feliciano H. - *Stresse em estagiários de enfermagem e sua influência na relação de ajuda ao doente*. In TAVARES, J. et al. (Ed.), *Ativação do desenvolvimento psicológico* - Actas do simpósio internacional. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2006 (p.353-359);
- ROSA, Marta - *Cuidar de Enfermeiros: os enfermeiros como beneficiários dos cuidados*. Instituto Politécnico de Setúbal: Escola Superior de Saúde, 2013. Tese de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria;
- ROSSI, Ana M; MEURS, James A.; PERREWÉ, Pamela L. - *Stress e qualidade de vida no trabalho: Melhorando a Saúde e o Bem-Estar dos Funcionários*. São Paulo: Editora Atlas S.A., 2013;
- RUA, Marília - *De aluno a enfermeiro: desenvolvimento de competências em contexto de ensino clínico*. Loures: Lusociência, 2011 (Tese de Doutoramento em Ciências da Saúde);
- SEABRA, P.; GONÇALVES, S.; PIMENTA, R. - Entre a teoria e a prática: desenvolvimento de competências no ensino clínico de integração à vida profissional. *Nursing*. 2013, Edição nº289, Ano 26;
- SERRA, Adriano V. - Um estudo sobre *coping*: o Inventário de Resolução de Problemas. *Psiquiatria Clínica*. 1988, vol. 9, nº4, p.301-316;
- SERRA, Adriano V. - *O Stress na vida de todos os dias*. 3ª Edição, Coimbra: 2007, Adriano Vaz Serra;
- SERRA, Miguel N. - *Aprender a ser enfermeiro: A construção identitária profissional por estudantes de enfermagem*. Loures: Lusociência, 2013;
- SHABAN, Insaf A.; KHATER, Wejdan A.; AKHU-ZAHEYA, Laila M. - Undergraduate nursing students' stress sources and coping behaviours during their initial period of clinical training: A Jordanian perspective. *Nurse Education in Practice*. 2012, vol. 12, p.204-209;
- SIKANDER, Shomail; AZIZ, Faisal - Stressors and Coping Strategies Among Baccalaureate Nursing Students at Shifa College of Nursing Islamabad, Pakistan. *International Journal of Nursing Education*. 2012, vol. 4, nº2, p.193-197;
- SILVA, Rosa; PIRES, Regina; VILELA, Carlos - Supervisão de estudantes de Enfermagem em ensino clínico - Revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*. 2011, série III, nº3, p.113-122;
- SIMÕES, João F.; ALARCÃO, Isabel; COSTA, Nilza - Supervisão em Ensino Clínico de Enfermagem: a perspetiva dos Enfermeiros Cooperantes. *Revista Referência*. 2008, série II, nº6, p.91-108;

- SIMÕES, João F.; GARRIDO, António F. - Finalidade das estratégias de supervisão utilizadas em ensino clínico de enfermagem. *Texto Contexto de Enfermagem*. 2007, vol. 16, nº4, p.599-608;
- SLOAN, Graham - Clinical supervision: Characteristics of a good supervisor. *Nursing Standard*. 1998, vol. 12, nº40, p.42-46;
- SPIELBERGER, Charles D.; SARASON, Irwin G. - *Stress and Anxiety: Volume 10, A Sourcebook of Theory and Research*. Hemisphere Publishing Corporation: 1986;
- TABACHNICK, Barbara G.; FIDELL, Linda S. - *Using multivariate statistics*. 4ª Edição, Boston: Allyn and Bacon, 2001;
- TELLES de FREITAS, Maria F. - *Os adolescentes e o coping em situações de stress - elaboração, aplicação e avaliação de um programa de intervenção*. Porto: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, 2009 (Tese de Mestrado em Psicologia);
- THOITS, Peggy A - *Gender Differences in Coping with Emotional Distress*. In: ECKENRODE, John (Ed.), *The Social Context of Coping*. Nova Iorque: Plenum Press, 1991. Cap. 6 (p.107-138);
- TIMMINS, F. *et al.* - The challenge of contemporary nurse education programmes. Perceived stressors of nursing students: mental health and related lifestyle issues. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2011, vol. 18, p.758-766;
- TOMASCHEWSKI-BARLEM, Jamila G. *et al.* - Manifestações da síndrome de *burnout* entre estudantes de graduação em enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*. 2013, vol. 22, nº3, p.754-762;
- VEERAMAH, Ven - The benefits of using clinical supervision. *Mental Health Nursing*. 2002, vol. 22, nº1, p.18-23;
- VELEZ, Cláudia P. - Gestão do stress nos profissionais de saúde. *Nursing*. 2003, nº 179;
- VENTURA, Maria C. *et al.*, 2011 - O “bom professor” - opinião dos estudantes. *Revista de Enfermagem Referência*. 2011, série III, nº5, p.95-102;
- WETHINGTON, Elaine; KESSLER, Ronald C. - *Situations and Processes of Coping*. In: ECKENRODE, John (Ed.). *The Social Context of Coping*. Nova Iorque: Plenum Press, 1991. Cap. 2 (p.13-29);
- WILCZEK-RUZYCZKA, Ewa; JABLEKA, Magdalena - Job burnout syndrome and stress coping strategies of academic students. *Zdrowie Publiczne*. 2013, vol. 123, nº3, p.241-246;
- YAMASHITA, Kanae; SAITO, Miwa; TAKAO, Toshihiro - Stress and coping styles in Japanese nursing students. *International Journal of Nursing Practice*. 2012, vol. 18, p.489-496;
- YEGDICH, Tania - Clinical supervision and managerial supervision: some historical and conceptual considerations. *Journal of Advanced Nursing*. 1999, vol. 30, nº5, p.1195-1204;

- ZEIDNER, Moshe; ENDLER, Norman - *Handbook of Coping: Theory, Research, Applications*. Nova Iorque: John Wiley & Sons, Inc., 1996.

ANEXOS

ANEXO I - *Autorização do Presidente do Conselho Técnico-Científico e Coordenador do CLE para a colheita de dados*

Solicitação colheita de dados - Tese de Mestrado do curso MSCE

ESEP - Secretariado <secretariado@esenf.pt>

17 January 2015 at 13:29

Caro Rui Pedro Almeida

Em referência ao assunto em epígrafe, informamos que por despacho do Presidente do Conselho Técnico-Científico e Coordenador do CLE, o mesmo foi autorizado.

Mais informa que deverá contactar o Secretariado para agilização do processo para a colheita de dados solicitada.

Cumprimentos,

Teresa Teixeira

(Coordenadora Técnica)

Secretariado

Email secretariado@esenf.pt

Telef [+351 22 507 35 00](tel:+351225073500)



Escola Superior de Enfermagem do Porto

Rua Dr. António Bernardino de Almeida

4200-072 Porto

Email esep@esenf.pt

Telef [+351 22 507 35 00](tel:+351225073500)

Fax [+351 22 509 63 37](tel:+351225096337)

<http://portal.esenf.pt>

ANEXO II - *Questionário: Stresse e Coping em Ensino Clínico*

QUESTIONÁRIO – Stress e coping em ensino clínico

O presente questionário pretende identificar quais os fatores indutores de stress percebidos pelos estudantes de enfermagem em ensino clínico e quais as estratégias de coping adotadas para a gestão do mesmo. Para tal, o seu contributo é imprescindível!

Neste questionário, não existem respostas certas ou erradas, apenas é pretendido ter conhecimento acerca da perceção e consequente gestão de situações de stress, sendo por isso fundamental a autenticidade das suas respostas.

Responda, por favor, a todas as questões, para a que possa verificar a validade da referente investigação. O questionário é anónimo e confidencial.

Obrigado pela colaboração!

(1ª PÁGINA)

Parte I - Caracterização sociodemográfica dos estudantes

1. Sexo

☐ Masculino

☐ Feminino

2. Idade (em anos completos): _____

3. Ano de curso (ano em que está inscrito em mais unidades curriculares)

☐ 3º Ano

☐ 4º Ano

4. Está deslocado da residência habitual?

☐ Sim

☐ Não

5. É trabalhador estudante? (independentemente de usufruir de estatuto)

☐ Sim

☐ Não

5.1. Se respondeu sim na pergunta anterior, indique o número de horas semanais: _____

5.2. Se respondeu sim na pergunta 5, indique o tipo de horário:

☐ Fixo diurno

☐ Fixo noturno

☐ Rotativo

☐ Outro: _____

6. Quem é o seu principal suporte emocional?

☐ Família

☐ Companheiro(a)/Namorado(a)/Cônjuge

☐ Amigo(a)

☐ Colega

☐ Nenhum

☐ Outro: _____

7. Qual o seu grau de satisfação com o curso?

1 2 3 4 5

Nada satisfeito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muito satisfeito

(2ª PÁGINA)

Parte II – Caracterização do Ensino Clínico em Enfermagem

1. Qual o ensino clínico que mais stresse desencadeou até ao momento?

- a)** Ensino clínico: Enfermagem Comunitária
- b)** Ensino clínico: Parentalidade e Gravidez
- c)** Ensino clínico: Saúde Familiar
- d)** Ensino clínico: Medicina
- e)** Ensino clínico: Cirurgia
- f)** Ensino clínico: Obstetrícia
- g)** Ensino clínico: Pediatria
- h)** Ensino clínico: Saúde Mental e Psiquiatria
- i)** Ensino clínico: Cuidados Continuados na Comunidade
- j)** Ensino clínico: Internamento em Cuidados Continuados
- k)** Ensino clínico: Opcional

Responda às seguintes questões tendo como referência o ensino clínico anteriormente nomeado como o mais stressante.

1. Indique a sua perceção do nível de stresse que sentiu durante o referido ensino clínico:

1 2 3 4 5

Nenhum ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muito

2. O referido ensino clínico foi realizado em (tenha em referência o ano letivo em que foi realizado):

☐ 1º lugar

☐ 2º lugar

☐ 3º lugar

☐ 4º lugar

☐ 5º lugar

☐ 6º lugar

3. Qual a duração média do tempo gasto na deslocação para o referido ensino clínico?

☐ Até 30 minutos

☐ Entre 31 minutos e 60 minutos

☐ Acima de 61 minutos

(3ª PÁGINA)

Parte III – Escala de Situações Indutoras de Stresse em Ensino Clínico de Enfermagem

As afirmações abaixo transcritas são frequentemente referidas como traduzindo situações indutoras de stresse no Ensino Clínico de Enfermagem. Gostaríamos de saber em que medida também o foram para si. Para cada afirmação escolha a opção com que mais se identificar:

**1 – Discordo totalmente | 2- Discordo | 3 - Nem discordo nem concordo |
4 – Concordo | 5 - Concordo totalmente.**

No ensino clínico de enfermagem, as situações que me causaram tensão e mal-estar/stresse foram...

1	A realização de um procedimento técnico pela primeira vez	1	2	3	4	5
2	O estar em ensino clínico com um professor que desconheço ou conheço mal	1	2	3	4	5
3	A falta de autoconfiança / insegurança	1	2	3	4	5
4	A sobrecarga de tarefas a realizar	1	2	3	4	5
5	O sentir que estou a ser observado	1	2	3	4	5
6	O cansaço psicológico derivado do ensino clínico	1	2	3	4	5
7	O ter de lidar com os sentimentos dos doentes	1	2	3	4	5
8	A minha inexperiência	1	2	3	4	5
9	A falta de feedback por parte dos orientadores do local de ensino clínico	1	2	3	4	5
10	A comunicação com os doentes/utentes	1	2	3	4	5
11	A pressão em termos de tempo para realizar determinada atividade	1	2	3	4	5
12	O possuir pouca destreza técnica	1	2	3	4	5
13	A perceção de preparação inadequada para ajudar emocionalmente o doente e a família	1	2	3	4	5
14	A falta de orientação dos professores	1	2	3	4	5
15	O ter de executar procedimentos dolorosos aos doentes	1	2	3	4	5
16	A subcarga de tarefas a realizar	1	2	3	4	5
17	A falta de conhecimentos técnicos	1	2	3	4	5
18	O desconhecimento dos orientadores do local de ensino clínico relativamente ao currículo do curso	1	2	3	4	5
19	O medo de cometer erros	1	2	3	4	5
20	A falta de recursos humanos no serviço	1	2	3	4	5
21	O cansaço físico derivado do ensino clínico	1	2	3	4	5
22	O receber orientações contraditórias entre orientador do ensino clínico e professor	1	2	3	4	5
23	O desconhecimento por parte dos orientadores do local de ensino clínico relativamente ao nível de conhecimentos dos alunos	1	2	3	4	5
24	O ter de lidar com os sentimentos dos familiares dos doentes/utentes	1	2	3	4	5
25	A comunicação com os orientadores do serviço	1	2	3	4	5
26	O desconhecimento por parte dos orientadores do local de ensino clínico relativamente aos objetivos do ensino clínico	1	2	3	4	5
27	O facto de ser chamado à atenção / criticado na presença de terceiros	1	2	3	4	5
28	A responsabilidade por outras pessoas	1	2	3	4	5

29	A falta de apoio dos orientadores do local de estágio	1	2	3	4	5
30	O número de horas de trabalho por semana no ensino clínico	1	2	3	4	5
31	A perceção de injustiça relativamente à avaliação	1	2	3	4	5
32	O ter de prestar cuidados a doentes em fase terminal	1	2	3	4	5
33	A falta de orientação dos orientadores do local de estágio	1	2	3	4	5
34	O ter de assumir responsabilidades	1	2	3	4	5
35	O ser alvo de críticas negativas	1	2	3	4	5
36	O estar num serviço onde se sente que os alunos não são bem acolhidos	1	2	3	4	5
37	O grau de exigência dos orientadores do local de ensino clínico	1	2	3	4	5
38	O não saber até que ponto posso tomar iniciativas	1	2	3	4	5
39	A comunicação com outros profissionais	1	2	3	4	5
40	A comunicação com a família dos doentes/utentes	1	2	3	4	5
41	O desconhecimento dos orientadores do local de ensino clínico relativamente às normas de avaliação	1	2	3	4	5
42	O grau de exigência dos professores	1	2	3	4	5
43	A falta de apoio dos professores	1	2	3	4	5
44	Não conseguir estabelecer uma relação de empatia com os doentes	1	2	3	4	5
45	A falta de feedback por parte dos professores	1	2	3	4	5
46	O confronto com o agravamento da situação clínica dos doentes	1	2	3	4	5
47	O tipo de horário no ensino clínico (fixo, rotativo, trabalho por turnos)	1	2	3	4	5
48	A discrepância entre a formação adquirida na Escola e a realidade da prática profissional	1	2	3	4	5
49	A perceção de que poderia ter tido um melhor desempenho	1	2	3	4	5

(4ª PÁGINA)

Parte IV - Questionário de Estratégias de Coping

Por uns momentos concentre-se e pense na situação de maior stresse que experienciou recentemente em ensino clínico. Por situação “stressante” entendemos qualquer situação que foi difícil ou problemática para si, quer por se ter sentido angustiado(a) pelo facto daquela situação ter acontecido, quer pelo esforço aplicado para lidar com a mesma.

A seguir vai encontrar um conjunto de afirmações que se referem a várias estratégias utilizadas para lidar com situações de stresse. Pensando na forma como lidou com a situação de stresse que viveu, assinale a frequência com que utilizou cada uma das estratégias indicadas, de acordo com a seguinte escala:

0 – Nunca usei | 1 – Usei de alguma forma | 2 – Usei algumas vezes | 3 – Usei muitas vezes

1	Concentrei-me apenas naquilo que ia fazer a seguir - no próximo passo	0	1	2	3
2	Fiz algo que pensei que não iria resultar, mas pelo menos fiz alguma coisa	0	1	2	3
3	Tentei encontrar a pessoa responsável para mudar a sua opinião	0	1	2	3
4	Falei com alguém para saber mais sobre a situação	0	1	2	3
5	Critiquei-me ou analisei-me a mim própria	0	1	2	3
6	Tentei não me fechar sobre o problema, mas deixar as coisas abertas de alguma forma	0	1	2	3
7	Esperei que acontecesse um milagre	0	1	2	3
8	Deixei-me andar como se nada tivesse acontecido	0	1	2	3
9	Tentei guardar para mim própria o que estava a sentir	0	1	2	3
10	Tentei olhar para os pontos mais favoráveis do problema	0	1	2	3
11	Exprimi a minha zanga à(s) pessoa(s) que me causou(aram) o problema	0	1	2	3
12	Aceitei que fossem simpáticos e compreensivos comigo	0	1	2	3
13	Eu estava inspirada em fazer algo criativo	0	1	2	3
14	Tentei esquecer tudo	0	1	2	3
15	Procurei ajuda de um profissional	0	1	2	3

16	Mudei ou cresci como pessoa de forma positiva	0	1	2	3
17	Pedi desculpa ou fiz algo para compor a situação	0	1	2	3
18	Construí um plano de acção e segui-o	0	1	2	3
19	Consegui mostrar o que sentia	0	1	2	3
20	Percebi que o problema estava agora nas minhas mãos	0	1	2	3
21	Saí desta experiência melhor do que estava antes	0	1	2	3
22	Falei com alguém que poderia fazer alguma coisa concreta em relação ao problema	0	1	2	3
23	Tentei sentir-me melhor comendo, bebendo, fumando, usando drogas ou medicamentos, etc.	0	1	2	3
24	Fiz algo muito arriscado	0	1	2	3
25	Tentei não agir depressa demais nem seguir o meu primeiro impulso	0	1	2	3
26	Encontrei nova esperança	0	1	2	3
27	Redescobri o que é importante na vida	0	1	2	3
28	Mudei algo para que as coisas corressem bem	0	1	2	3
29	Evitei estar com as pessoas em geral	0	1	2	3
30	Não deixei que a situação me afectasse; Recusei-me a pensar demasiado sobre o problema	0	1	2	3
31	Pedi conselhos a um familiar ou amigo que respeito	0	1	2	3
32	Evitei que os outros se apercebessem da gravidade da situação	0	1	2	3
33	Tornei a situação mais leve, recusando-me a levar as coisas muito a sério	0	1	2	3
34	Falei com alguém sobre como me estava a sentir	0	1	2	3
35	Mantive a minha posição e lutei pelo que queria	0	1	2	3
36	Passei o problema para os outros	0	1	2	3
37	Aproveitei as minhas experiências passadas; já estive envolvida em situações semelhantes.	0	1	2	3
38	Eu sabia o que devia ser feito, por isso redobrei os meus esforços para que as coisas corressem bem	0	1	2	3
39	Recusei acreditar que a situação tinha acontecido	0	1	2	3
40	Prometi a mim própria que as coisas para a próxima seriam diferentes	0	1	2	3
41	Criei várias soluções diferentes para o problema	0	1	2	3

42	Tentei evitar que os meus sentimentos interferissem demasiado noutras coisas	0	1	2	3
43	Mudei alguma coisa em mim própria	0	1	2	3
44	Desejei que a situação desaparecesse ou que de alguma forma Terminasse	0	1	2	3
45	Desejei que as coisas voltassem atrás	0	1	2	3
46	Rezei	0	1	2	3
47	Pensei para mim própria naquilo que iria dizer ou fazer	0	1	2	3
48	Pensei na forma como uma pessoa que eu admiro iria lidar com a situação e usei-a como modelo	0	1	2	3

ANEXO III - *Situações Indutoras de Stresse*

Tabela - Situações indutoras de stresse

	Situações indutoras de stresse	Média (\bar{x})	Desvio-Padrão (σ)
1	A realização de um procedimento técnico pela primeira vez	3,69	1,008
2	O estar em ensino clínico com um professor que desconheço ou conheço mal	3,50	1,155
3	A falta de autoconfiança/insegurança	3,58	1,116
4	A sobrecarga de tarefas a realizar	3,84	,981
5	O sentir que estou a ser observado(a)	4,06	,904
6	O cansaço psicológico derivado do ensino clínico	4,18	,927
7	O ter de lidar com os sentimentos dos doentes	2,73	1,146
8	A minha inexperiência	3,75	,975
9	A falta de feedback por parte dos orientadores do local de ensino clínico	3,48	1,203
10	A comunicação com os doentes/utentes	2,41	1,111
11	A pressão em termos de tempo para realizar determinada atividade	3,72	1,078
12	O possuir pouca destreza técnica	3,30	1,111
13	A perceção de preparação inadequada para ajudar emocionalmente o doente e a família	3,25	1,091
14	A falta de orientação dos professores	3,30	1,214
15	O ter de executar procedimentos dolorosos aos doentes	2,70	1,137
16	A subcarga de tarefas a realizar	3,63	1,158
17	A falta de conhecimentos técnicos	2,94	1,124
18	O desconhecimento dos orientadores do local de ensino clínico relativamente ao currículo do curso	2,91	1,307
19	O medo de cometer erros	4,06	,937
20	A falta de recursos humanos no serviço	2,58	1,104
21	O cansaço físico derivado do ensino clínico	3,99	1,004
22	O receber orientações contraditórias entre orientador do ensino clínico e professor	3,92	1,162
23	O desconhecimento por parte dos orientadores do local de ensino clínico relativamente ao nível de conhecimentos dos alunos	3,50	1,155
24	O ter de lidar com os sentimentos dos familiares dos doentes/utentes	2,62	1,101
25	A comunicação com os orientadores do serviço	3,04	1,146
26	O desconhecimento por parte dos orientadores do local de ensino clínico relativamente aos objetivos do ensino clínico	2,85	1,165
27	O facto de ser chamado à atenção/criticado na presença de terceiros	3,87	1,222
28	A responsabilidade por outras pessoas	3,35	1,105
29	A falta de apoio dos orientadores do local de estágio	3,33	1,306
30	O número de horas de trabalho por semana no ensino clínico	3,57	1,180
31	A perceção de injustiça relativamente à avaliação	3,94	1,102
32	O ter de prestar cuidados a doentes em fase terminal	2,48	1,147
33	A falta de orientação dos orientadores do local de estágio	3,20	1,251
34	O ter de assumir responsabilidades	2,93	1,173
35	O ser alvo de críticas negativas	3,33	1,156
36	O estar num serviço onde se sente que os alunos não são bem acolhidos	3,66	1,371
37	O grau de exigência dos orientadores do local de ensino clínico	3,46	1,143
38	O não saber até que ponto posso tomar iniciativas	3,90	1,076
39	A comunicação com outros profissionais	2,84	1,103
40	A comunicação com a família dos doentes/utentes	2,56	1,013
41	O desconhecimento dos orientadores do local de ensino clínico relativamente às normas de avaliação	2,90	1,160
42	O grau de exigência dos professores	3,61	1,098
43	A falta de apoio dos professores	3,35	1,292
44	Não conseguir estabelecer uma relação de empatia com os doentes	2,36	1,113
45	A falta de feedback por parte dos professores	3,34	1,250
46	O confronto com o agravamento da situação clínica dos doentes	2,75	1,156
47	O tipo de horário no ensino clínico (fixo, rotativo, trabalho por turnos)	3,43	1,198
48	A discrepância entre a formação adquirida na escola e a realidade da prática profissional	4,15	,853
49	A perceção de que poderia ter tido um melhor desempenho	4,07	,875

ANEXO IV - *Estratégias de Coping*

Tabela - Estratégias de coping

	Estratégias de Coping	Média (\bar{x})	Desvio-Padrão (σ)
1	Concentrei-me apenas naquilo que ia fazer a seguir - no próximo passo	2,11	,800
2	Fiz algo que pensei que não iria resultar, mas pelo menos fiz alguma coisa	0,79	,861
3	Tentei encontrar a pessoa responsável para mudar a sua opinião	1,04	,942
4	Falei com alguém para saber mais sobre a situação	2,32	,814
5	Critiquei-me ou analisei-me a mim próprio(a)	2,51	,644
6	Tentei não me fechar sobre o problema, mas deixar as coisas abertas de alguma forma	1,64	,856
7	Esperei que acontecesse um milagre	0,38	,823
8	Deixei-me andar como se nada tivesse acontecido	0,30	,612
9	Tentei guardar para mim próprio(a) o que estava a sentir	1,46	1,084
10	Tentei olhar para os pontos mais favoráveis do problema	1,59	,823
11	Exprimi a minha zanga à(s) pessoa(s) que me causou(aram) o problema	0,62	,794
12	Aceitei que fossem simpáticos e compreensivos comigo	1,93	,844
13	Eu estava inspirado(a) em fazer algo criativo	0,95	,902
14	Tentei esquecer tudo	1,02	1,012
15	Procurei ajuda de um profissional	1,27	1,218
16	Mudei ou cresci como pessoa de forma positiva	2,18	,845
17	Pedi desculpa ou fiz algo para compor a situação	1,98	,823
18	Construí um plano de ação e segui-o	1,60	,956
19	Consegui mostrar o que sentia	1,36	,915
20	Percebi que o problema estava agora nas minhas mãos	1,46	,875
21	Saí desta experiência melhor do que estava antes	1,82	1,028
22	Falei com alguém que poderia fazer alguma coisa concreta em relação ao problema	1,64	1,021
23	Tentei senti-me melhor comendo, bebendo, fumando, usando drogas ou medicamentos, etc.	0,61	,950
24	Fiz algo muito arriscado	0,11	,447
25	Tentei não agir depressa demais nem seguir o meu primeiro impulso	1,53	1,026
26	Encontrei nova esperança	1,19	,936
27	Redescobri o que é importante na vida	1,29	1,025
28	Mudei algo para que as coisas corressem bem	1,79	,771
29	Evitei estar com as pessoas em geral	0,54	,842
30	Não deixei que a situação me afetasse; recusei-me a pensar demasiado sobre o problema	0,95	,833
31	Pedi conselhos a um familiar ou amigo que respeito	2,03	,934
32	Evitei que outros se apercebessem da gravidade da situação	1,16	,984
33	Tornei a situação mais leve, recusando-me a levar as coisas muito a sério	0,67	,820
34	Falei com alguém sobre como me estava a sentir	1,89	,937
35	Mantive a minha posição e lutei pelo que queria	1,71	,889
36	Passei o problema para os outros	0,16	,480
37	Aproveitei as minhas experiências passadas; já estive envolvida em situações semelhantes	1,18	1,004
38	Eu sabia o que devia ser feito, por isso redobrei os meus esforços para que as coisas corressem bem	1,87	,888
39	Recusei acreditar que a situação tinha acontecido	0,26	,583
40	Prometi a mim próprio(a) que as coisas para a próxima seriam diferentes	1,84	,928
41	Criei várias soluções diferentes para o problema	1,56	,869
42	Tentei evitar que os meus sentimentos interferissem demasiado noutras coisas	1,84	,862
43	Mudei alguma coisa em mim própria	1,60	,925
44	Desejei que a situação desaparecesse ou que de alguma forma terminasse	1,57	1,094
45	Desejei que as coisas voltassem atrás	1,28	1,081
46	Rezei	0,99	1,123
47	Pensei para mim próprio(a) naquilo que iria dizer ou fazer	2,15	,817
48	Pensei na forma como uma pessoa que eu admiro iria lidar com a situação e usei-a como modelo	1,37	1,107

ANEXO V - *Correlação entre as situações indutoras de stresse e o sexo*

Tabela - Correlações entre as situações indutoras de stresse e o sexo

Item	Situações indutoras de stresse	Média (\bar{x})		Teste T Sig. (2-tailed)
		M	F	
1	A realização de um procedimento técnico pela primeira vez	3,67	3,70	,875
2	O estar em ensino clínico com um professor que desconheço ou conheço mal	3,60	3,48	,606
3	A falta de autoconfiança/insegurança	3,43	3,60	,457
4	A sobrecarga de tarefas a realizar	3,83	3,84	,965
5	O sentir que estou a ser observado(a)	4,10	4,05	,782
6	O cansaço psicológico derivado do ensino clínico	3,80	4,23	,017
7	O ter de lidar com os sentimentos dos doentes	2,40	2,77	,096
8	A minha inexperiência	3,67	3,76	,614
9	A falta de feedback por parte dos orientadores do local de ensino clínico	3,63	3,46	,462
10	A comunicação com os doentes/utentes	2,30	2,43	,556
11	A pressão em termos de tempo para realizar determinada atividade	3,83	3,70	,534
12	O possuir pouca destreza técnica	3,40	3,28	,592
13	A perceção de preparação inadequada para ajudar emocionalmente o doente e a família	3,20	3,26	,777
14	A falta de orientação dos professores	3,47	3,28	,429
15	O ter de executar procedimentos dolorosos aos doentes	2,60	2,71	,616
16	A subcarga de tarefas a realizar	3,63	3,63	,997
17	A falta de conhecimentos técnicos	2,63	2,98	,112
18	O desconhecimento dos orientadores do local de ensino clínico relativamente ao currículo do curso	3,10	2,88	,387
19	O medo de cometer erros	3,93	4,08	,426
20	A falta de recursos humanos no serviço	2,53	2,59	,790
21	O cansaço físico derivado do ensino clínico	3,63	4,04	,037
22	O receber orientações contraditórias entre orientador do ensino clínico e professor	3,90	3,93	,910
23	O desconhecimento por parte dos orientadores do local de ensino clínico relativamente ao nível de conhecimentos dos alunos	3,77	3,47	,181
24	O ter de lidar com os sentimentos dos familiares dos doentes/utentes	2,57	2,62	,793
25	A comunicação com os orientadores do serviço	3,17	3,03	,536
26	O desconhecimento por parte dos orientadores do local de ensino clínico relativamente aos objetivos do ensino clínico	3,17	2,80	,111
27	O facto de ser chamado à atenção/criticado na presença de terceiros	3,93	3,86	,706
28	A responsabilidade por outras pessoas	3,37	3,35	,934
29	A falta de apoio dos orientadores do local de estágio	3,57	3,29	,283
30	O número de horas de trabalho por semana no ensino clínico	3,53	3,58	,820
31	A perceção de injustiça relativamente à avaliação	3,93	3,94	,977
32	O ter de prestar cuidados a doentes em fase terminal	2,53	2,47	,797
33	A falta de orientação dos orientadores do local de estágio	3,33	3,19	,547
34	O ter de assumir responsabilidades	2,93	2,93	,989
35	O ser alvo de críticas negativas	3,43	3,32	,604
36	O estar num serviço onde se sente que os alunos não são bem acolhidos	3,83	3,64	,464
37	O grau de exigência dos orientadores do local de ensino clínico	3,47	3,46	,961
38	O não saber até que ponto posso tomar iniciativas	3,87	3,90	,865
39	A comunicação com outros profissionais	2,90	2,83	,754
40	A comunicação com a família dos doentes/utentes	2,57	2,55	,947
41	O desconhecimento dos orientadores do local de ensino clínico relativamente às normas de avaliação	3,17	2,86	,176
42	O grau de exigência dos professores	3,53	3,62	,691
43	A falta de apoio dos professores	3,47	3,33	,589
44	Não conseguir estabelecer uma relação de empatia com os doentes	2,47	2,34	,573
45	A falta de feedback por parte dos professores	3,27	3,35	,722
46	O confronto com o agravamento da situação clínica dos doentes	2,60	2,77	,459
47	O tipo de horário no ensino clínico (fixo, rotativo, trabalho por turnos)	2,97	3,49	,024
48	A discrepância entre a formação adquirida na escola e a realidade da prática profissional	4,10	4,16	,727
49	A perceção de que poderia ter tido um melhor desempenho	4,20	4,06	,399

ANEXO VI - *Correlação entre as situações indutoras de stresse e o ano de curso*

Tabela - Correlações entre as situações indutoras de stresse e o ano de curso

Item	Situações indutoras de stresse	Média (\bar{x})		Teste T Sig. (2-tailed)
		3º	4º	
1	A realização de um procedimento técnico pela primeira vez	3,80	3,58	,085
2	O estar em ensino clínico com um professor que desconheço ou conheço mal	3,52	3,47	,719
3	A falta de autoconfiança/insegurança	3,66	3,49	,230
4	A sobrecarga de tarefas a realizar	3,81	3,87	,608
5	O sentir que estou a ser observado(a)	4,08	4,03	,693
6	O cansaço psicológico derivado do ensino clínico	4,11	4,24	,264
7	O ter de lidar com os sentimentos dos doentes	2,80	2,65	,293
8	A minha inexperiência	<u>3,89</u>	3,61	<u>,022</u>
9	A falta de feedback por parte dos orientadores do local de ensino clínico	3,38	3,59	,176
10	A comunicação com os doentes/utentes	2,51	2,31	,164
11	A pressão em termos de tempo para realizar determinada atividade	3,79	3,65	,315
12	O possuir pouca destreza técnica	<u>3,48</u>	3,10	<u>,007</u>
13	A perceção de preparação inadequada para ajudar emocionalmente o doente e a família	3,38	3,12	,059
14	A falta de orientação dos professores	3,19	3,42	,139
15	O ter de executar procedimentos dolorosos aos doentes	<u>2,97</u>	2,41	<u>,000</u>
16	A subcarga de tarefas a realizar	3,65	3,61	,801
17	A falta de conhecimentos técnicos	<u>3,10</u>	2,76	<u>,018</u>
18	O desconhecimento dos orientadores do local de ensino clínico relativamente ao currículo do curso	2,83	2,99	,319
19	O medo de cometer erros	<u>4,18</u>	3,93	<u>,037</u>
20	A falta de recursos humanos no serviço	2,67	2,50	,227
21	O cansaço físico derivado do ensino clínico	3,95	4,03	,528
22	O receber orientações contraditórias entre orientador do ensino clínico e professor	3,79	4,06	,072
23	O desconhecimento por parte dos orientadores do local de ensino clínico relativamente ao nível de conhecimentos dos alunos	3,41	3,60	,211
24	O ter de lidar com os sentimentos dos familiares dos doentes/utentes	<u>2,83</u>	2,39	<u>,002</u>
25	A comunicação com os orientadores do serviço	3,10	2,98	,414
26	O desconhecimento por parte dos orientadores do local de ensino clínico relativamente aos objetivos do ensino clínico	2,82	2,88	,663
27	O facto de ser chamado à atenção/criticado na presença de terceiros	3,79	3,95	,295
28	A responsabilidade por outras pessoas	<u>3,60</u>	3,08	<u>,000</u>
29	A falta de apoio dos orientadores do local de estágio	3,18	3,48	,076
30	O número de horas de trabalho por semana no ensino clínico	3,52	3,62	,517
31	A perceção de injustiça relativamente à avaliação	3,69	<u>4,20</u>	<u>,000</u>
32	O ter de prestar cuidados a doentes em fase terminal	2,63	2,33	,041
33	A falta de orientação dos orientadores do local de estágio	3,11	3,30	,232
34	O ter de assumir responsabilidades	<u>3,17</u>	2,68	<u>,001</u>
35	O ser alvo de críticas negativas	3,44	3,21	,113
36	O estar num serviço onde se sente que os alunos não são bem acolhidos	3,53	3,80	,129
37	O grau de exigência dos orientadores do local de ensino clínico	<u>3,62</u>	3,29	<u>,022</u>
38	O não saber até que ponto posso tomar iniciativas	4,06	3,73	,018
39	A comunicação com outros profissionais	<u>3,07</u>	2,60	<u>,001</u>
40	A comunicação com a família dos doentes/utentes	<u>2,68</u>	2,42	<u>,043</u>
41	O desconhecimento dos orientadores do local de ensino clínico relativamente às normas de avaliação	2,90	2,90	,987
42	O grau de exigência dos professores	3,71	3,50	,150
43	A falta de apoio dos professores	3,18	<u>3,52</u>	<u>,039</u>
44	Não conseguir estabelecer uma relação de empatia com os doentes	2,44	2,28	,264
45	A falta de feedback por parte dos professores	3,20	3,50	,063
46	O confronto com o agravamento da situação clínica dos doentes	2,94	2,54	,006
47	O tipo de horário no ensino clínico (fixo, rotativo, trabalho por turnos)	3,52	3,34	,241
48	A discrepância entre a formação adquirida na escola e a realidade da prática profissional	4,18	4,12	,553
49	A perceção de que poderia ter tido um melhor desempenho	4,17	3,97	,062

ANEXO VII - *Correlação entre as situações indutoras de stresse e o ensino clínico considerado mais stressante*

Tabela - Situações indutoras de stresse segundo o ensino clínico stressante

Item	Média (\bar{x})					Kruskal-Wallis Asymp. Sig.
	3º Ano - Ensino Clínico: Enfermagem Comunitária	3º Ano - Ensino Clínico: Parentalidade e Gravidez	3º Ano - Ensino Clínico: Saúde Familiar	3º Ano - Ensino Clínico: Medicina	3º Ano - Ensino Clínico: Cirurgia	
1	86,27	93,00	118,07	116,07	109,58	,186
2	103,53	107,11	122,68	109,19	107,73	,863
3	83,53	95,05	102,30	<u>125,94</u>	99,46	<u>,009</u>
4	96,33	130,55	101,66	107,38	109,16	,309
5	110,63	73,70	118,50	<u>120,70</u>	105,01	<u>,005</u>
6	108,60	113,80	97,14	117,60	99,40	,311
7	92,43	85,34	118,50	<u>124,47</u>	98,09	<u>,008</u>
8	<u>142,97</u>	86,66	108,48	114,80	103,77	<u>,037</u>
9	128,13	122,95	119,68	101,21	107,79	,274
10	95,33	103,38	115,55	113,14	107,96	,796
11	133,83	<u>134,80</u>	98,32	107,24	99,07	<u>,037</u>
12	89,13	88,95	106,93	116,70	113,92	,154
13	127,70	96,20	112,95	114,85	101,37	,320
14	<u>149,63</u>	120,45	133,91	97,81	103,62	<u>,005</u>
15	121,67	109,34	114,25	116,28	93,91	,219
16	123,50	135,14	99,11	110,03	96,81	,059
17	91,90	107,91	118,20	112,31	107,01	,734
18	<u>143,73</u>	127,41	108,77	97,56	111,58	<u>,032</u>
19	94,23	78,13	112,11	<u>119,35</u>	111,61	<u>,018</u>
20	124,20	116,18	97,57	117,73	93,93	,104
21	120,00	112,45	84,27	119,39	99,08	,066
22	<u>150,93</u>	127,25	92,27	102,97	107,37	<u>,013</u>
23	136,40	108,38	103,98	109,21	105,72	,502
24	101,73	93,71	129,36	111,68	108,09	,330
25	106,70	98,29	107,14	106,98	120,43	,546
26	104,13	113,20	109,09	105,50	115,64	,876

27	112,20	95,13	113,50	109,78	113,70	,728
28	85,47	88,91	127,89	115,69	108,67	,067
29	126,00	115,93	113,55	102,51	111,88	,594
30	117,77	105,45	94,57	117,40	102,31	,392
31	140,10	112,27	109,52	107,63	103,37	,320
32	78,53	99,21	111,82	<u>122,61</u>	100,50	<u>,036</u>
33	129,23	118,43	113,27	99,12	115,38	,243
34	94,37	88,66	121,77	113,46	112,36	,233
35	109,43	88,27	<u>131,52</u>	118,91	96,39	<u>,024</u>
36	<u>149,13</u>	124,45	79,20	109,38	103,81	<u>,007</u>
37	100,20	86,29	109,25	119,38	107,24	,135
38	104,63	100,04	124,09	112,89	104,38	,586
39	88,23	88,91	122,86	111,50	116,51	,139
40	105,80	97,68	122,55	108,33	113,05	,667
41	119,53	116,82	119,27	100,94	113,47	,485
42	78,63	105,46	111,77	115,51	108,84	,280
43	137,37	114,86	135,18	101,54	102,97	,051
44	127,70	121,46	121,32	102,80	105,47	,327
45	142,83	114,20	117,14	106,63	100,53	,169
46	97,37	101,98	104,25	119,52	102,14	,336
47	133,67	105,41	88,68	115,13	104,09	,173
48	136,73	93,52	95,98	116,65	103,81	,077
49	129,50	90,80	128,27	112,12	102,12	,088

ANEXO VIII - *Correlação entre as estratégias de coping e o sexo*

Tabela - Correlações entre as estratégias de coping e o sexo

Item	Estratégias de Coping	Média (\bar{x})		Teste T Sig. (2-tailed)
		M	F	
1	Concentrei-me apenas naquilo que ia fazer a seguir - no próximo passo	2,13	2,11	,886
2	Fiz algo que pensei que não iria resultar, mas pelo menos fiz alguma coisa	0,83	0,78	,758
3	Tentei encontrar a pessoa responsável para mudar a sua opinião	1,00	1,04	,820
4	Falei com alguém para saber mais sobre a situação	2,17	2,34	,264
5	Critiquei-me ou analisei-me a mim próprio(a)	2,23	2,55	,046
6	Tentei não me fechar sobre o problema, mas deixar as coisas abertas de alguma forma	1,67	1,63	,838
7	Esperei que acontecesse um milagre	0,57	0,35	,316
8	Deixei-me andar como se nada tivesse acontecido	0,43	0,28	,346
9	Tentei guardar para mim próprio(a) o que estava a sentir	1,77	1,42	,100
10	Tentei olhar para os pontos mais favoráveis do problema	1,53	1,60	,678
11	Exprimi a minha zanga à(s) pessoa(s) que me causou(aram) o problema	0,67	0,61	,712
12	Aceitei que fossem simpáticos e compreensivos comigo	1,97	1,93	,803
13	Eu estava inspirado(a) em fazer algo criativo	1,00	0,94	,732
14	Tentei esquecer tudo	1,27	0,99	,247
15	Procurei ajuda de um profissional	1,17	1,28	,637
16	Mudei ou cresci como pessoa de forma positiva	2,07	2,20	,436
17	Pedi desculpa ou fiz algo para compor a situação	1,90	2,00	,597
18	Construí um plano de ação e segui-o	1,77	1,57	,297
19	Consegui mostrar o que sentia	1,30	1,37	,706
20	Percebi que o problema estava agora nas minhas mãos	1,57	1,45	,482
21	Saí desta experiência melhor do que estava antes	1,90	1,81	,652
22	Falei com alguém que poderia fazer alguma coisa concreta em relação ao problema	1,80	1,62	,363
23	Tentei senti-me melhor comendo, bebendo, fumando, usando drogas ou medicamentos, etc.	0,63	0,61	,897
24	Fiz algo muito arriscado	0,27	0,09	,266
25	Tentei não agir depressa demais nem seguir o meu primeiro impulso	1,47	1,54	,716
26	Encontrei nova esperança	1,17	1,20	,876
27	Redescobri o que é importante na vida	1,30	1,29	,954
28	Mudei algo para que as coisas corressem bem	1,83	1,78	,730
29	Evitei estar com as pessoas em geral	0,77	0,51	,120
30	Não deixei que a situação me afetasse; recusei-me a pensar demasiado sobre o problema	1,07	0,93	,418
31	Pedi conselhos a um familiar ou amigo que respeito	2,13	2,01	,513
32	Evitei que outros se apercebessem da gravidade da situação	1,30	1,13	,390
33	Tornei a situação mais leve, recusando-me a levar as coisas muito a sério	0,87	0,65	,169
34	Falei com alguém sobre como me estava a sentir	1,70	1,92	,237
35	Mantive a minha posição e lutei pelo que queria	1,60	1,72	,412
36	Passei o problema para os outros	0,10	0,16	,503
37	Aproveitei as minhas experiências passadas; já estive envolvida em situações semelhantes	1,33	1,16	,372
38	Eu sabia o que devia ser feito, por isso redobrei os meus esforços para que as coisas corressem bem	1,83	1,87	,834
39	Recusei acreditar que a situação tinha acontecido	0,40	0,24	,216
40	Prometi a mim próprio(a) que as coisas para a próxima seriam diferentes	1,90	1,84	,729
41	Criei várias soluções diferentes para o problema	1,57	1,56	,982
42	Tentei evitar que os meus sentimentos interferissem demasiado noutras coisas	1,80	1,84	,804
43	Mudei alguma coisa em mim própria	1,67	1,59	,656
44	Desejei que a situação desaparecesse ou que de alguma forma terminasse	1,47	1,58	,592
45	Desejei que as coisas voltassem atrás	1,27	1,28	,953
46	Rezei	1,00	0,99	,966
47	Pensei para mim próprio(a) naquilo que iria dizer ou fazer	2,23	2,13	,537
48	Pensei na forma como uma pessoa que eu admiro iria lidar com a situação e usei-a como modelo	1,73	1,32	,056

ANEXO IX - *Correlação entre as estratégias de coping e o ano de curso*

Tabela - Correlações entre as estratégias de coping e o ano de curso

Item	Estratégias de Coping	Média (\bar{x})		Teste T Sig. (2-tailed)
		3º	4º	
1	Concentrei-me apenas naquilo que ia fazer a seguir - no próximo passo	2,03	2,19	,114
2	Fiz algo que pensei que não iria resultar, mas pelo menos fiz alguma coisa	0,75	0,82	,529
3	Tentei encontrar a pessoa responsável para mudar a sua opinião	1,00	1,08	,531
4	Falei com alguém para saber mais sobre a situação	2,34	2,30	,710
5	Critiquei-me ou analisei-me a mim próprio(a)	2,40	2,63	,006
6	Tentei não me fechar sobre o problema, mas deixar as coisas abertas de alguma forma	1,58	1,70	,281
7	Esperei que acontecesse um milagre	0,39	0,36	,794
8	Deixei-me andar como se nada tivesse acontecido	0,26	0,34	,343
9	Tentei guardar para mim próprio(a) o que estava a sentir	1,43	1,50	,629
10	Tentei olhar para os pontos mais favoráveis do problema	1,52	1,67	,137
11	Exprimi a minha zanga à(s) pessoa(s) que me causou(aram) o problema	0,60	0,64	,670
12	Aceitei que fossem simpáticos e compreensivos comigo	1,98	1,87	,308
13	Eu estava inspirado(a) em fazer algo criativo	0,94	0,96	,853
14	Tentei esquecer tudo	1,09	0,96	,318
15	Procurei ajuda de um profissional	1,36	1,17	,225
16	Mudei ou cresci como pessoa de forma positiva	2,17	2,18	,924
17	Pedi desculpa ou fiz algo para compor a situação	2,06	1,91	,210
18	Construí um plano de ação e segui-o	1,63	1,55	,512
19	Consegui mostrar o que sentia	1,47	1,24	,055
20	Percebi que o problema estava agora nas minhas mãos	1,53	1,39	,195
21	Saí desta experiência melhor do que estava antes	1,83	1,81	,840
22	Falei com alguém que poderia fazer alguma coisa concreta em relação ao problema	1,69	1,59	,435
23	Tentei senti-me melhor comendo, bebendo, fumando, usando drogas ou medicamentos, etc.	0,58	0,65	,578
24	Fiz algo muito arriscado	0,16	0,07	,103
25	Tentei não agir depressa demais nem seguir o meu primeiro impulso	1,50	1,56	,632
26	Encontrei nova esperança	1,17	1,21	,768
27	Redescobri o que é importante na vida	1,21	1,37	,236
28	Mudei algo para que as coisas corressem bem	1,67	1,91	,018
29	Evitei estar com as pessoas em geral	0,52	0,57	,607
30	Não deixei que a situação me afetasse; recusei-me a pensar demasiado sobre o problema	0,88	1,03	,176
31	Pedi conselhos a um familiar ou amigo que respeito	1,94	2,12	,147
32	Evitei que outros se apercebessem da gravidade da situação	1,16	1,15	,953
33	Tornei a situação mais leve, recusando-me a levar as coisas muito a sério	0,68	0,66	,859
34	Falei com alguém sobre como me estava a sentir	1,87	1,91	,773
35	Mantive a minha posição e lutei pelo que queria	1,63	1,79	,152
36	Passei o problema para os outros	0,23	0,08	,010
37	Aproveitei as minhas experiências passadas; já estive envolvida em situações semelhantes	1,06	1,31	,046
38	Eu sabia o que devia ser feito, por isso redobrei os meus esforços para que as coisas corressem bem	1,74	2,00	,021
39	Recusei acreditar que a situação tinha acontecido	0,22	0,29	,335
40	Prometi a mim próprio(a) que as coisas para a próxima seriam diferentes	1,88	1,81	,533
41	Criei várias soluções diferentes para o problema	1,43	1,71	,012
42	Tentei evitar que os meus sentimentos interferissem demasiado noutras coisas	1,71	1,97	,021
43	Mudei alguma coisa em mim própria	1,58	1,61	,774
44	Desejei que a situação desaparecesse ou que de alguma forma terminasse	1,61	1,52	,521
45	Desejei que as coisas voltassem atrás	1,35	1,20	,285
46	Rezei	1,03	0,95	,567
47	Pensei para mim próprio(a) naquilo que iria dizer ou fazer	2,06	2,24	,071
48	Pensei na forma como uma pessoa que eu admiro iria lidar com a situação e usei-a como modelo	1,36	1,39	,836

**ANEXO X - *Correlação entre as estratégias de coping e a
deslocação de residência***

Tabela - Correlações entre as estratégias de coping e a deslocação de residência

Item	Estratégias de Coping	Média (\bar{x})		Teste T Sig. (2-tailed)
		Sím	Não	
1	Concentrei-me apenas naquilo que ia fazer a seguir - no próximo passo	2,17	2,08	,451
2	Fiz algo que pensei que não iria resultar, mas pelo menos fiz alguma coisa	0,92	0,72	,093
3	Tentei encontrar a pessoa responsável para mudar a sua opinião	1,13	0,99	,300
4	Falei com alguém para saber mais sobre a situação	2,31	2,33	,847
5	Critiquei-me ou analisei-me a mim próprio(a)	2,40	2,57	,067
6	Tentei não me fechar sobre o problema, mas deixar as coisas abertas de alguma forma	1,60	1,65	,670
7	Esperei que acontecesse um milagre	0,33	0,40	,585
8	Deixei-me andar como se nada tivesse acontecido	0,35	0,28	,400
9	Tentei guardar para mim próprio(a) o que estava a sentir	1,53	1,43	,526
10	Tentei olhar para os pontos mais favoráveis do problema	1,51	1,63	,305
11	Exprimi a minha zanga à(s) pessoa(s) que me causou(aram) o problema	0,65	0,60	,614
12	Aceitei que fossem simpáticos e compreensivos comigo	1,95	1,92	,819
13	Eu estava inspirado(a) em fazer algo criativo	1,04	0,90	,278
14	Tentei esquecer tudo	1,09	0,99	,491
15	Procurei ajuda de um profissional	1,27	1,26	,974
16	Mudei ou cresci como pessoa de forma positiva	2,00	<u>2,26</u>	<u>,023</u>
17	Pedi desculpa ou fiz algo para compor a situação	1,79	<u>2,07</u>	<u>,035</u>
18	Construí um plano de ação e segui-o	1,38	<u>1,69</u>	<u>,018</u>
19	Consegui mostrar o que sentia	1,22	1,43	,099
20	Percebi que o problema estava agora nas minhas mãos	1,50	1,37	,275
21	Saí desta experiência melhor do que estava antes	1,62	<u>1,92</u>	<u>,033</u>
22	Falei com alguém que poderia fazer alguma coisa concreta em relação ao problema	1,65	1,63	,892
23	Tentei senti-me melhor comendo, bebendo, fumando, usando drogas ou medicamentos, etc.	0,60	0,62	,913
24	Fiz algo muito arriscado	0,08	0,13	,373
25	Tentei não agir depressa demais nem seguir o meu primeiro impulso	1,50	1,54	,739
26	Encontrei nova esperança	0,99	<u>1,29</u>	<u>,013</u>
27	Redescobri o que é importante na vida	1,06	<u>1,40</u>	<u>,013</u>
28	Mudei algo para que as coisas corressem bem	1,59	<u>1,88</u>	<u>,006</u>
29	Evitei estar com as pessoas em geral	0,56	0,53	,788
30	Não deixei que a situação me afetasse; recusei-me a pensar demasiado sobre o problema	0,95	0,95	,976
31	Pedi conselhos a um familiar ou amigo que respeito	2,01	2,04	,857
32	Evitei que outros se apercebessem da gravidade da situação	1,23	1,12	,412
33	Tornei a situação mais leve, recusando-me a levar as coisas muito a sério	0,74	0,64	,361
34	Falei com alguém sobre como me estava a sentir	1,73	1,96	,069
35	Mantive a minha posição e lutei pelo que queria	1,54	<u>1,78</u>	<u>,029</u>
36	Passei o problema para os outros	0,21	0,13	,313
37	Aproveitei as minhas experiências passadas; já estive envolvida em situações semelhantes	1,04	1,25	,133
38	Eu sabia o que devia ser feito, por isso redobrei os meus esforços para que as coisas corressem bem	1,72	1,93	,076
39	Recusei acreditar que a situação tinha acontecido	0,18	0,29	,108
40	Prometi a mim próprio(a) que as coisas para a próxima seriam diferentes	1,67	<u>1,93</u>	<u>,040</u>
41	Criei várias soluções diferentes para o problema	1,37	<u>1,65</u>	<u>,018</u>
42	Tentei evitar que os meus sentimentos interferissem demasiado noutras coisas	1,73	1,89	,189
43	Mudei alguma coisa em mim própria	1,42	<u>1,68</u>	<u>,046</u>
44	Desejei que a situação desaparecesse ou que de alguma forma terminasse	1,74	1,49	,085
45	Desejei que as coisas voltassem atrás	1,44	1,20	,117
46	Rezei	1,08	0,95	,419
47	Pensei para mim próprio(a) naquilo que iria dizer ou fazer	2,10	2,17	,562
48	Pensei na forma como uma pessoa que eu admiro iria lidar com a situação e usei-a como modelo	1,32	1,40	,610

ANEXO XI - *Correlação entre as estratégias de coping e o suporte emocional*

Tabela - Correlações entre as estratégias de coping e o suporte emocional

Item	Suporte Emocional						Kruskal- Wallis Asymp. Sig.
	Familia	Companheiro(a)/ Namorado(a)/ Cônjuge	Amigo(a)	Colega	Nenhum	Outro	
	Mean Rank						
1	127,55	115,54	126,00	0,00	55,83	0,00	,195
2	121,30	121,93	132,01	0,00	109,83	0,00	,815
3	118,77	131,06	124,91	0,00	99,50	0,00	,588
4	120,75	126,96	121,63	0,00	148,33	0,00	,824
5	120,19	127,10	127,41	0,00	97,17	0,00	,726
6	118,03	125,59	136,11	0,00	118,50	0,00	,508
7	118,46	121,73	140,53	0,00	133,50	0,00	,121
8	125,13	115,66	128,18	0,00	133,50	0,00	,546
9	124,80	111,30	132,28	0,00	198,17	0,00	,091
10	128,88	115,74	120,53	0,00	61,17	0,00	,208
11	124,50	118,29	127,97	0,00	103,17	0,00	,804
12	126,01	123,72	108,46	0,00	155,67	0,00	,419
13	120,98	124,31	127,22	0,00	129,17	0,00	,955
14	123,54	120,19	129,97	0,00	76,17	0,00	,574
15	125,67	113,18	128,25	0,00	166,50	0,00	,367
16	126,37	116,39	127,09	0,00	75,00	0,00	,428
17	124,26	128,46	106,76	0,00	144,67	0,00	,381
18	119,72	127,84	123,54	0,00	149,83	0,00	,766
19	126,08	129,47	106,28	0,00	46,17	0,00	,065
20	117,93	123,97	139,30	0,00	120,50	0,00	,386
21	119,72	125,94	130,57	0,00	105,17	0,00	,772
22	126,35	115,96	127,58	0,00	79,83	0,00	,483
23	119,42	113,52	152,97	0,00	124,33	0,00	,009
24	121,79	120,33	129,51	0,00	157,00	0,00	,148
25	125,00	122,93	115,21	0,00	133,83	0,00	,877
26	121,11	130,96	115,93	0,00	111,33	0,00	,663
27	121,13	130,23	117,66	0,00	105,33	0,00	,724
28	118,84	129,24	130,78	0,00	64,83	0,00	,235
29	116,58	134,13	121,04	0,00	174,83	0,00	,103
30	124,47	126,09	114,18	0,00	97,17	0,00	,714
31	129,98	118,29	114,28	0,00	31,67	0,00	,046
32	124,99	121,85	118,75	0,00	114,83	0,00	,955
33	124,53	119,21	120,43	0,00	175,50	0,00	,498
34	129,55	127,26	97,92	0,00	48,67	0,00	,015
35	125,94	119,76	118,38	0,00	125,83	0,00	,895
36	123,30	120,45	124,22	0,00	153,67	0,00	,547
37	126,50	122,57	113,09	0,00	102,17	0,00	,694
38	119,85	125,61	126,58	0,00	157,67	0,00	,721
39	120,05	127,00	124,28	0,00	145,33	0,00	,658
40	119,67	122,34	133,14	0,00	158,67	0,00	,568
41	122,42	122,41	126,08	0,00	123,67	0,00	,992
42	126,21	112,72	129,76	0,00	133,83	0,00	,489
43	121,71	120,18	133,79	0,00	110,00	0,00	,740
44	124,39	124,03	114,13	0,00	149,17	0,00	,765
45	123,77	125,21	109,62	0,00	206,67	0,00	,108
46	134,66	113,19	97,17	0,00	158,17	0,00	,006
47	125,86	116,39	126,78	0,00	101,67	0,00	,705
48	118,49	124,75	135,82	0,00	121,33	0,00	,580

ANEXO XII - *Correlação entre as estratégias de coping e o ensino clínico considerado mais stressante*

Tabela - Estratégias de *coping* segundo o ensino clínico stressante

Item	Média (\bar{x})					Kruskal-Wallis Asymp. Sig.
	3º Ano - Ensino Clínico: Enfermagem Comunitária	3º Ano - Ensino Clínico: Parentalidade e Gravidez	3º Ano - Ensino Clínico: Saúde Familiar	3º Ano - Ensino Clínico: Medicina	3º Ano - Ensino Clínico: Cirurgia	
1	130,90	104,71	110,30	107,13	109,81	,679
2	88,17	123,80	111,27	105,43	113,97	,341
3	88,03	95,39	117,57	111,38	115,65	,331
4	138,87	127,11	100,43	105,76	103,03	,084
5	88,00	107,16	105,00	110,82	115,65	,514
6	106,20	117,84	97,41	109,17	111,42	,814
7	102,83	104,45	118,05	110,92	108,14	,788
8	112,10	102,98	116,18	112,73	104,29	,685
9	135,23	94,39	107,64	113,68	104,17	,256
10	107,63	109,11	107,55	106,06	116,37	,884
11	115,57	130,29	122,50	103,06	103,50	,131
12	110,63	112,41	110,11	104,55	115,48	,855
13	99,63	123,59	107,52	110,88	103,86	,628
14	95,60	109,23	118,82	107,27	113,25	,788
15	120,00	102,32	108,30	105,93	116,37	,743
16	101,97	116,75	86,82	112,41	111,79	,369
17	119,70	98,36	112,02	114,90	102,65	,554
18	94,77	111,61	107,82	109,60	112,72	,892
19	108,43	123,71	129,14	100,77	109,62	,204
20	88,37	96,84	121,20	108,22	118,55	,250
21	92,20	120,13	103,27	111,53	107,94	,649
22	115,97	95,16	92,98	111,94	116,93	,353
23	109,20	92,20	120,48	110,52	112,07	,378
24	116,27	101,50	116,25	110,79	107,00	,295
25	<u>158,80</u>	90,48	102,18	106,45	113,58	<u>,009</u>
26	67,10	105,36	107,95	111,35	119,87	,051

27	90,37	112,84	104,70	111,12	111,99	,758
28	97,20	96,86	114,59	114,37	108,97	,573
29	117,90	82,05	118,57	110,43	115,53	,058
30	93,23	118,25	90,39	111,41	113,56	,345
31	93,40	121,16	113,59	105,34	113,17	,568
32	84,13	77,98	109,11	111,96	<u>127,13</u>	<u>,004</u>
33	101,33	81,59	112,57	114,04	116,44	,075
34	98,53	110,50	112,32	106,61	115,37	,856
35	113,57	108,27	95,70	111,06	111,71	,844
36	110,63	112,05	116,30	105,83	111,31	,712
37	104,80	104,04	104,00	106,89	119,49	,684
38	98,40	110,79	89,95	114,50	111,03	,456
39	102,87	101,00	99,32	113,35	112,88	,430
40	111,30	96,75	123,36	105,81	115,81	,489
41	82,97	100,07	104,98	114,35	114,68	,301
42	124,13	101,96	103,11	105,49	118,13	,515
43	113,03	103,50	105,98	109,87	112,18	,971
44	111,53	90,18	116,43	115,69	105,71	,363
45	121,83	94,38	132,77	110,97	102,53	,168
46	88,30	101,20	110,52	114,03	111,23	,536
47	126,27	93,13	103,23	114,77	106,95	,339
48	79,27	118,13	113,07	116,43	100,72	,148

**ANEXO XIII - *Correlação entre as estratégias de coping e o nível de
stresse***

Tabela - Correlações entre as estratégias de coping e o nível de stresse

Item	Nível de stresse					Kruskal-Wallis Sig.
	1	2	3	4	5	
	Mean Rank					
1	0,00	68,50	114,07	121,88	127,85	,477
2	0,00	105,25	128,92	115,19	129,96	,378
3	0,00	162,75	139,95	115,29	125,52	,243
4	0,00	182,50	129,07	122,80	120,29	,542
5	0,00	116,25	118,93	113,69	134,26	,106
6	0,00	157,00	131,08	121,71	121,36	,787
7	0,00	97,00	112,67	120,93	128,73	,350
8	0,00	152,75	125,80	115,98	129,11	,242
9	0,00	95,50	92,07	116,87	<u>139,09</u>	<u>,005</u>
10	0,00	115,50	141,80	123,99	116,61	,332
11	0,00	120,75	120,58	119,94	127,01	,870
12	0,00	83,50	127,95	125,03	120,16	,762
13	0,00	91,50	137,33	124,72	117,60	,465
14	0,00	134,50	102,47	121,28	130,59	,237
15	0,00	168,00	119,42	123,41	122,73	,807
16	0,00	145,00	134,12	123,46	118,84	,686
17	0,00	159,75	106,20	119,94	130,45	,261
18	0,00	121,00	135,28	119,00	123,73	,709
19	0,00	205,00	142,42	116,12	123,10	,084
20	0,00	126,50	<u>147,42</u>	107,74	132,12	<u>,009</u>
21	0,00	134,00	151,38	123,12	114,39	,074
22	0,00	108,50	135,97	129,86	112,18	,178
23	0,00	79,50	105,13	115,43	<u>137,13</u>	<u>,011</u>
24	0,00	113,50	117,48	121,28	126,63	,462
25	0,00	53,75	123,12	117,15	130,56	,249
26	0,00	32,50	134,35	123,95	120,43	,203
27	0,00	69,75	142,68	124,67	116,51	,194
28	0,00	93,25	137,70	115,78	127,01	,283
29	0,00	<u>151,00</u>	101,68	112,75	139,61	<u>,002</u>
30	0,00	39,50	<u>142,05</u>	129,35	112,29	<u>,023</u>
31	0,00	105,00	101,83	119,66	133,08	,125
32	0,00	38,00	104,08	115,67	<u>137,99</u>	<u>,008</u>
33	0,00	63,00	114,17	121,80	128,02	,396
34	0,00	167,25	113,38	116,24	132,16	,216
35	0,00	107,50	119,43	123,51	123,79	,976
36	0,00	108,50	116,90	123,83	124,17	,774
37	0,00	151,00	140,97	118,03	122,53	,387
38	0,00	88,25	127,77	126,01	119,07	,733
39	0,00	99,00	118,42	119,35	128,70	,431
40	0,00	132,50	106,40	124,72	125,81	,552
41	0,00	121,00	132,37	121,65	121,75	,880
42	0,00	92,75	120,25	120,02	127,57	,763
43	0,00	72,00	126,90	129,00	116,44	,379
44	0,00	118,00	89,78	107,00	<u>149,86</u>	<u>,000</u>
45	0,00	129,00	110,57	113,52	136,63	,064
46	0,00	101,00	115,70	122,00	126,63	,820
47	0,00	28,50	112,40	120,28	130,83	,087
48	0,00	37,00	133,05	124,36	120,29	,260

